

Aus der Arbeitsstelle für
Geschichte der Medizin/ Emil-von-Behring-Bibliothek
Leitung: Prof. Dr. phil. I. Sahmland
des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

Patienten in der Chirurgischen Klinik der Universität Marburg
in Friedens- und Kriegszeiten. Eine Studie anhand von
Patientenakten der Jahre 1928, 1940/41 und 1944.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin
(Dr. med.)

Dem Fachbereich Medizin
der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

Lara Rieke Serowinski, geb. Stempel
Aus Cuxhaven

Marburg 2020

Angenommen von dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
am: 12.10.2020

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan i.V. der Prodekan: Herr Prof. Dr. R. Müller
Referentin: Frau Prof. Dr. I. Sahmland
1. Korreferent: Herr Prof. Dr. M. Rothmund

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Material und Methodik.....	3
1.2	Aktueller Forschungsstand.....	5
2	EINFÜHRUNG IN DAS GESUNDHEITS- UND KRANKENHAUSWESEN IM NATIONALSOZIALISMUS	7
2.1	Die Entwicklung der Krankenhausarchitektur, -hygiene und des Krankenhauswesens	8
2.2	Neuorganisation und Gleichschaltung des Gesundheitssystems.....	18
3	DIE CHIRURGISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK MARBURG.....	30
3.1	Umbau, Zerstörung und Wiederaufbau der Chirurgischen Universitätsklinik Marburg.....	30
3.2	Die Chirurgische Universitätsklinik Marburg im Krieg	35
3.3	Die chirurgische Praxis im Krieg. Klapps Vorschlag zu Sparmaßnahmen in der Chirurgischen Klinik im Zuge des Vierjahresplans (1936-1940)	37
3.4	Krankenpflege in der Marburger Chirurgischen Universitätsklinik.....	41
4	DIE MARBURGER CHIRURGEN	46
5	AUSWERTUNG VON KRANKENAKTEN DER MARBURGER CHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK.....	49
5.1	Krankenakten als Quelle	50
5.2	Aufbau einer Patientenakte.....	51
5.3	Auswertung der Akten.....	53
5.4	Die Patienten Klientel: männliche und weibliche Patienten	53
5.5	Altersdemographie	55
5.6	Herkunftsorte der Patienten.....	57
5.7	Die soziale Struktur der Patienten (Familienstand).....	60
5.8	Berufspektrum der Patienten.....	61
5.9	Aufnahmeart der Patienten.....	65
5.10	Entlassungsart der Patienten	68
5.11	Aufenthaltsdauer der Patienten	73
6	ALLGEMEINZUSTAND DER MARBURGER PATIENTEN.....	77

6.1	Kräftezustand der Patienten	77
6.2	Ernährungszustand der Patienten	79
7	DIAGNOSEN DER MARBURGER PATIENTEN.....	82
8	LABORDIAGNOSTIK AN DER CHIRURGISCHEN KLINIK.....	87
8.1	Blutuntersuchungen	88
8.2	Urinuntersuchungen	90
8.3	Weitere Laboruntersuchungen	93
8.4	Histologische Untersuchungen	97
9	RADIOLOGISCHE DIAGNOSTIK UND THERAPIE AN DER CHIRURGISCHEN KLINIK	98
10	THERAPIEN IN DER CHIRURGISCHEN KLINIK	105
10.1	Operationsmethoden	120
10.1.1	Spezialisierung der Operateure	123
10.2	Narkosen.....	131
10.2.1	Geschichte der Anästhesie	131
10.2.2	Anästhetika	134
10.2.3	Übliche Narkosen in der Chirurgischen Klinik	138
11	KOSTENTRÄGER DER KRANKENHAUSAUFENTHALTE AN DER CHIRURGISCHEN KLINIK.....	140
11.1	Die Gesetzliche Krankenversicherung	141
11.2	Armenfürsorge.....	145
11.3	Unfallversicherungen	148
11.4	Private Krankenkassen	150
11.5	Selbstzahler	150
12	MORTALITÄT DER PATIENTEN DER CHIRURGISCHEN KLINIK.....	151
12.1	Obduktionen der Verstorbenen	155
13	ERBBIOLOGISCHE ASPEKTE	159
14	HÄUFIGE UND BESONDERE CHIRURGISCHE DIAGNOSEN	165
14.1	Appendizitis	165
14.1.1	Behandlung von Appendizitis an der Marburger Chirurgischen Klinik.....	167
14.2	Hernien	171

14.2.1	Behandlung von Hernien an der Marburger Chirurgischen Klinik	172
14.3	Tuberkulose	174
14.3.1	Behandlung von Tuberkuloseerkrankungen an der Marburger Chirurgischen Klinik	178
14.4	Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni	182
14.4.1	Behandlung von Ulcus-Erkrankten an der Marburger Chirurgischen Klinik	184
15	BEHANDLUNG VON BESONDEREN PATIENTENGRUPPEN	186
15.1	Behandlung von Zwangsarbeitern in der Chirurgischen Klinik	186
15.2	Gutachten zur Arbeitsfähigkeit von Patienten	197
16	FAZIT	200
17	ZUSAMMENFASSUNG	207
17.1	Summary	209
18	LITERATURVERZEICHNIS	212
18.1	Archivalien	212
18.2	Primärliteratur, Zeitgenössische Zeitschriftenartikel	215
18.3	Sekundärliteratur	227
18.3.1	Online-Ressource	233
19	ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	234
19.1	Abbildungsverzeichnis	234
19.2	Tabellenverzeichnis	237
20	ANHANG	238
20.1	Biographische Angaben zu den Marburger Chirurgen	238
20.1.1	Rudolf Klapp (1873-1944)	238
20.1.2	Oskar Wiedhopf (1889-1949)	241
20.1.3	Hans Boeminghaus (1893-1979)	242
20.1.4	Johannes Baumann (1899-1976)	243
20.1.5	Hans- Joachim Lauber (1904-1949)	244
20.1.6	Felix Mondry (1901-1958)	245
20.1.7	Curt Hempel (1890-1948)	245
20.1.8	Alexander Studemeister (1908-1999)	246
20.2	Verzeichnis der akademischen Lehrerinnen und Lehrer	247
20.3	Danksagung	248

1 Einleitung

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit Patientenakten der Marburger Chirurgischen Klinik der Jahre 1928, 1940/41 und 1944. Die Chirurgie machte im 19. Jahrhundert große medizinische Fortschritte, nachdem Operationen durch Anästhesieverfahren endlich schmerzfrei durchgeführt werden konnten und sich die hygienischen Bedingungen durch die Antisepsis verbessert hatten. Chirurgen konnten ihre innovativen Ideen umsetzen, forschen und experimentieren. Gerade in diesen Zeiten setzten sich Operationstechniken und Therapievorschläge durch, die zum Teil in abgewandelter Form bis heute angewendet und geschätzt werden.

Während des Ersten und Zweiten Weltkrieges gab es Rückschläge und die Chirurgen mussten sich aufgrund der besonderen Verhältnisse mit unkonventionellen Therapiemethoden behelfen. Hierbei entstanden wiederum Methoden, die sich später in der „Friedenschirurgie“ durchsetzen konnten. Ein Beispiel hierfür ist die Drahtextension. Die Kriegsjahre veränderten allgemein das Leben an den Universitätskliniken. Lazarette mussten aufgebaut werden, die medizinischen Ressourcen waren eingeschränkt und das ärztliche und pflegerische Personal sah sich mit nationalsozialistischen Regeln konfrontiert. Dies macht die genaue Untersuchung von chirurgischen Patienten in diesem Zeitrahmen, verglichen mit den Vorkriegsjahren, interessant. Die Auswahl von Krankenakten der Jahrgänge 1928, 1940/41 und 1944 bot sich an, da sie die gesamte Ära des Chirurgischen Direktors Rudolf Klapp erfasst und sie vollständiger in Bezug auf die Fragestellung und den Erhalt sind. Es wurden nur Akten von zivilen chirurgischen Patienten ausgewertet. Neben ihnen gab es in Marburg während des Zweiten Weltkrieges auch Reservelazarette, in denen Soldaten versorgt wurden. Sie sind aber nicht Gegenstand dieser Arbeit.

Um die Handlungsweisen der Ärzte und des Krankenpflegepersonals besser einordnen zu können, gibt es zu Beginn dieser Arbeit Übersichten zur medizinischen und geschichtlichen Entwicklung sowie deren Arbeitsbedingungen. Standards und Vorgehensweisen werden erläutert. Unter Zuhilfenahme von zusätzlichem Quellenmaterial werden das Krankenhauswesen, die Situation der Krankenhäuser, der Ärzte, des Pflegepersonals, der Patienten und der Stand der chirurgischen Forschung und Therapiemöglichkeiten beschrieben. Es folgen Übersichten zur Entwicklung der Marburger Chirurgischen Klinik und zur Chirurgie allgemein.

Hervorgehoben werden soll die besondere Stellung der Chirurgischen Klinik in der Krankenversorgung der hessischen Bevölkerung im Raum Marburg. Die Chirurgische Klinik stand von 1928 bis 1944 unter Leitung des Direktors Rudolf Klapp. Danach übernahm sein früherer Oberarzt Oskar Wiedhopf die Klinikleitung. Die Klinik lag auf der Marburger Lahninsel. Sie war auf Grund steigender Patientenzahlen häufig überbelegt und musste immer wieder vergrößert werden. Daneben wurden Teile der Klinik durch zwei Bombenangriffe im Zweiten Weltkrieg zerstört und die angespannte Situation verschlechterte sich weiter.

Die heutige Klassifizierung der einzelnen operativen Fächer gab es zur Berichtszeit noch nicht. Daher war das zu behandelnde Krankheitsspektrum sehr groß. So wurden in der Marburger Chirurgischen Klinik (nach heutiger chirurgischer Einteilung) Patienten aus den Gebieten der Unfall-, Visceral-, Thorax-, Gefäß-, Kinder- und plastischen Chirurgie sowie Orthopädie, Urologie und sogar Gynäkologie behandelt.

Nach Darstellung des historischen Hintergrundes geht es im Hauptteil dieser Dissertation um die Auswertung von Patientenakten bestimmter Jahre. Es wird ein Überblick der ursächlichen Aufnahmediagnosen, zum Verlauf des Heilungsprozesses sowie der Therapiemöglichkeiten in der Chirurgischen Klinik vermittelt. Durch die Aufnahme relevanter Daten soll ein anschauliches Bild über die Patientenklientel und die Behandlungen zu dieser Zeit an der Klinik gegeben werden. Zum Verständnis unterstützend wurden weitere zeitgenössische Quellen hinzugezogen.

Aus insgesamt 900 Patientenakten (300 Akten je Jahrgang) wurden folgende Informationen exzerpiert und schließlich analysiert: Behandlungsjahr, Geschlecht, Alter, Beruf, Wohnort, Familienstand, Aufnahme- und Entlassungsart, Ernährungs- und Kräftezustand, erbbiologische Aspekte, Diagnosen, Laboruntersuchungen, radiologische Untersuchungen, Therapieformen, behandelnder Operateur, angewandte Narkoseart, Aufenthaltsdauer und Kostenträger.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Frage nach Unterschieden im Umgang mit den Patienten oder der Behandlung in den untersuchten Jahren. Herausgearbeitet werden unter anderem folgende Fragen: Wer waren die Patienten, woher kamen sie und welche Erkrankungen kamen gehäuft vor? Wie viele Patienten wurden in der Chirurgischen Klinik operiert und wie waren die Operationsbedingungen? Gab es Spezialgebiete der Chirurgischen Klinik? Wer waren die Chirurgen? Wie wurden die Kranken behandelt und gab es Besonderheiten im Krankenhauswesen zur Kriegszeit? Gab es Verbindungen von

Politik und Medizin im Alltag der Marburger Chirurgischen Klinik? Wie wurden Zwangsarbeiter im Gegensatz zu den zivilen Patienten behandelt? Bei der Interpretation der Dokumentation in den Akten sind jeweils die äußeren Bedingungen zu beachten, die als Rahmenbedingungen für die Ärzte und das Pflegepersonal in Bezug auf Sozialpolitik, Wissenschaft, Ethik und Wirtschaft relevant waren.

Im letzten Teil der Arbeit wird auf die Behandlung von besonderen Patientengruppen wie Zwangsarbeitern oder begutachtete Erkrankte sowie auf bestimmte Diagnosen eingegangen. Die Akten speziell von Appendizitis-, Hernien-, Tuberkulose- und Magengeschwürrkrankten für die Untersuchung auszuwählen bot sich an, da diese häufig vorkamen und es entsprechende feste Therapiestandards gab. Dies lässt wiederum gut Vergleiche zu.

1.1 Material und Methodik

In der Emil-Behring-Bibliothek, Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin der Philipps-Universität Marburg, lagern Patientenakten aus der alten Marburger Chirurgischen Klinik. Die Aktenbestände beginnen 1900 und enden etwa 1950, wobei sie allerdings nicht annähernd vollständig vorhanden sind. Sie sind nach Jahrgängen sortiert und durchnummeriert und entweder zu Büchern zusammengebunden oder liegen sortiert in entsprechenden zusammenbindbaren Papp-Heftern. Es gibt nur wenige vollständige Jahrgänge, Akten aus den Jahren 1930 bis 1939 fehlen komplett. Ob diese Akten absichtlich vernichtet oder zerstört wurden, ist nicht mehr nachvollziehbar. In Marburg gab es zur Zeit des Zweiten Weltkrieges neben der Chirurgischen Klinik ein Reservelazarett, in dem verletzte Soldaten chirurgisch behandelt wurden. Diese Patientenakten existieren ebenfalls nicht mehr. Die zivilen Patientenakten der Chirurgischen Klinik aus den Jahren des Zweiten Weltkrieges sind unterschiedlich vollständig vorhanden. Ein Ordner bzw. Buch umfasst eine bestimmte Anzahl an Patientenakten. Geordnet sind sie nach dem Entlassungsdatum, d.h. ein Ordner bzw. Buch beinhaltet die Patientenakten eines gewissen Zeitraumes. Die Unvollständigkeit der Akten beruht darauf, dass ganze Ordner/Bücher verschwunden sind. In den vorhandenen Ordnern/Büchern sind allerdings die Akten vollständig, da sie durchnummeriert sind und keinerlei Lücken aufweisen. Der äußerliche Zustand der Patientenakten ist ebenfalls sehr

unterschiedlich. Einige Akten weisen Spuren von Feuchtigkeit und Schimmel auf, und einzelne Patientenaktenblätter sind aneinander geklebt. Außerdem sind sie teilweise nur schwer leserlich, da durch die Feuchtigkeit die Tintenschrift verwischt ist. Unter Berücksichtigung des Erhaltungszustandes, der Vollständigkeit und der Verfügbarkeit der Akten bestimmter Jahreszeiträume entschied ich mich für die Auswertung der Patientenakten aus den Jahrgängen 1928, 1940/1941 und 1944.¹ Hiermit ist der komplette Zeitraum mit Klapp als Direktor der Chirurgischen Klinik abgebildet und die Fragestellung konnte anhand der vorhandenen Informationen bearbeitet werden. Dabei sollte der Bestand von 1928 die Chirurgische Klinik während einer Friedensperiode abbilden. Der Jahrgang 1940/41 repräsentiert die chirurgisch behandelten Patienten in den frühen Kriegsjahren und der Jahrgang 1944 dementsprechend in den späten Kriegsjahren. Damit es keine Verzerrungen durch jahreszeitlich gehäuft auftretende Erkrankungen gab, wählte ich jeweils 150 Patientenakten eines Jahrgangs aus dem Frühling von April bis Mai und jeweils 150 Akten aus dem Herbst von November bis Dezember aus. Insgesamt ergab sich daraus eine Auswertung von 900 Akten, wobei jeweils 300 Akten aus einem Jahr stammten. Der Stichprobenumfang ist groß genug, um signifikante Aussagen über die Patienten der Chirurgischen Klinik machen zu können. Bei der untersuchten Patientenklientel handelt es sich nur um zivile Patienten. In den Kriegsjahrgängen waren darunter keine jüdischen Patienten, oder es war nicht kenntlich gemacht worden. Allerdings waren darunter Akten von Zwangsarbeitern, die ebenfalls in der Chirurgischen Klinik versorgt wurden. In diesen Akten wurde meistens das Herkunftsland angegeben.

Bei der Auswahl der einzelnen Patientenakten wurde nach der vorgegebenen numerischen Reihenfolge vorgegangen. Manchmal mussten allerdings einzelne Akten übersprungen werden, da der Akteninhalt zusammenklebte, verwischt oder zerrissen war. Eine computergestützte Erfassung der Patientenakten erleichterte die umfassende Auswertung und ließ eine Verknüpfung der Daten zu. Diese wurden anhand festgelegter Kriterien in eine Datenbank mit programmierter Maske (Microsoft Access® 2003) aufgenommen. Die Daten wurden anonymisiert, sind aber anhand der Aktennummern eindeutig identifizierbar. Das Programm ermöglichte nach Aufnahme der Daten eine

¹ Um die Krankheitsbilder in den einzelnen Jahrgängen miteinander vergleichen zu können, wurden Akten aus den gleichen Jahreszeiten gewählt. Dies vermeidet Verzerrungen, da es teilweise jahreszeitlich gehäuft auftretende Erkrankungen gibt. Bei lückenhaften Akten 1940 und 1941 wurden diese beiden Jahrgänge zusammengefügt, um dieselben Jahreszeiten auswerten zu können. Dabei stammen von 1940 die Patientenakten aus dem Herbst und 1941 aus dem Frühling.

Tabellenkalkulation, womit allerdings keine speziellen statistischen Analysen möglich waren. Im Gegensatz zu Statistikprogrammen konnten dafür aber individuelle und detaillierte Dateneingaben gemacht werden. Für das Erstellen der Graphiken wurde das Programm Microsoft Excel® 2003 verwendet.

Die dieser Arbeit zugrundeliegenden Primärquellen stammen aus den Krankenakten der Marburger Chirurgischen Klinik, aus Akten des Marburger Staatsarchives und aus Artikeln zeitgenössischer wissenschaftlicher Zeitschriften.

Neben der computergestützten Auswertung von Patientenakten beinhaltet diese medizinhistorische Arbeit auch individuell aufgearbeitete Patientenakten.

1.2 Aktueller Forschungsstand

Bereits gut erforscht und publiziert sind in der Geschichte der Medizin zum Nationalsozialismus vor allem die Themen Euthanasie, Zwangssterilisationen, Nürnberger Ärzteprozesse und Menschenversuche in den Konzentrationslagern. Weniger bekannt hingegen sind die nationalsozialistischen Einflüsse speziell auf die Chirurgie. Die Kenntnisse über medizinische Versorgung und Behandlungen im stationären chirurgischen Bereich in dieser Zeit sind noch unzureichend.

Häufig beziehen sich die Angaben zur „Medizin im Dritten Reich“ auf biographische Angaben von Zeitzeugen. Einer repräsentativen Auswertung von Patientenakten wurde bisher nur wenig Beachtung geschenkt bzw. ist lediglich mit Akten aus psychiatrischen Anstalten² oder Frauenkliniken³ erfolgt. Die Themen „Euthanasie“ und Patientenalltag in psychiatrischen Kliniken oder in Kinderfachabteilungen sind bereits sehr gut recherchiert.⁴

Die Thematik der „Zwangssterilisationen“, die hauptsächlich zur Psychiatrie, aber auch zur Chirurgie/ Urologie und Frauenheilkunde gehört, wird in dieser Arbeit nur angerissen.

² Vgl. Beddies, Thomas/ Dorries, Andrea: Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960, Husum 1999

³ Vgl. Moissl, Norbert: Aspekte der Geburtshilfe in der Zeit des Nationalsozialismus 1933 bis 1945 am Beispiel der I. Frauenklinik der Universität München. Eine retrospektive Studie über 1.950 Geburten von 1933 bis 1945 unter besonderer Berücksichtigung der Einflüsse der nationalsozialistischen Ideologie und des Zweiten Weltkrieges. Dissertation Universität München 2005; Schäfer, Daniel/ Mallmann, Peter.: Gynäkologischer Alltag im „Dritten Reich“: Das Beispiel der Kölner Universitätsfrauenklinik“, Köln 2005

⁴ Vgl. Sparing, Frank/ Heuser, Marie-Luise: Erbbiologische Selektion und „Euthanasie“. Psychiatrie in Düsseldorf während des Nationalsozialismus, Essen 2001; Hübener, Kristina: Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit, Berlin 2002; Burlon, Marc: Die „Euthanasie“ an Kindern während des Nationalsozialismus in den zwei Hamburger Fachabteilungen, Dissertation Hamburg 2010

Dazu gibt es ausführliche wissenschaftliche Literatur, vor allem in Bezug auf die Psychiatrie⁵ und die Frauenheilkunde.⁶ Eine erste Aufarbeitung der chirurgischen Zwangssterilisation von Männern wurde von der Deutschen Gesellschaft für Urologie herausgebracht. Der Marburger Chirurg/Urologe Hans Boeminghaus zählte mit seinen Zwangssterilisationsmethoden zu den besonders anerkannten Urologen im Nationalsozialismus, und er forschte und veröffentlichte in medizinischen Zeitschriften darüber.⁷

Die Kriegschirurgie wurde bisher vor allem in Bezug auf chirurgische Menschenexperimente in Konzentrationslagern⁸ aufgearbeitet. In dieser Arbeit geht es jedoch im Gegensatz dazu um die chirurgische Versorgung ziviler Patienten.

Ein erster Meilenstein zur Darstellung der politischen Haltung der Repräsentanten der deutschen Chirurgie im Nationalsozialismus wurde von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) erstmals in einem im Jahr 2010 veröffentlichten Buch gelegt. Darin sind die Reden der jeweiligen Jahrespräsidenten der DGCH enthalten.⁹ Auf die Marburger Verhältnisse lässt sich dies allerdings nicht übertragen.

⁵ Vgl. Fenner, Elisabeth: Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus. Zur Rolle der Hamburger Sozialverwaltung, Ammersbeck/ Hamburg 1990; Westermann, Stefanie: Medizin im Dienst der „Erbgesundheit“: Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene“, Münster 2009; Rudnick, Martin: Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur „Euthanasie“, Weinheim 1985; Ley, Astrid: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945, Frankfurt am Main 2004; Koch, Thomas: Zwangssterilisation im Dritten Reich. Das Beispiel der Universitätsklinik Göttingen, Frankfurt am Main 1994; Daum, Monika/ Deppe, Hans-Ulrich: Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933-1945, Frankfurt am Main 1991

⁶ Vgl. Doetz, Susanne: Alltag und Praxis der Zwangssterilisation. Die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckl 1942-1944, Dissertation Universität Berlin 2010; Treschl, Anne: Geschichte der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Mannheim während der Zeit des Nationalsozialismus unter besonderer Berücksichtigung der Thematik der Zwangssterilisationen, Dissertation Universität Mannheim 2006; Grimm, Jana: Zwangssterilisationen von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus. Eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945, Dissertation Universität Halle/ Saale 2003

⁷ Vgl. Krischel, Matthis/ Moll, Friedrich/ Bellmann, Julia/ Scholz, Albrecht/ Schultheiss, Dirk: Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung, Berlin 2011 (zu Boeminghaus: S. 115 ff)

⁸ Vgl. Ebbinghaus, A./ Dörner, K.: Vernichten und Heilen, Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen, Berlin 2001; Klier, Freya: Die Kaninchen von Ravensbrück. Medizinische Versuche an Frauen in der NS-Zeit, München 1994; Klee, Ernst: Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer, Frankfurt am Main 2004; Ley, Astrid: Gewissenlos. Gewissenhaft: Menschenversuche im Konzentrationslager, Erlangen 2006

⁹ Vgl. Steinau, H.-U./ Bauer, H./ Sachs, M./ Schmiedebach, H.-P./ Schwoch, R.: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933-1945. Die Präsidenten. 2011

Die Marburger Medizinische Fakultät im Ersten Weltkrieg¹⁰, im Nationalsozialismus¹¹ und in der Nachkriegszeit¹² sowie die Gesundheitsfürsorge¹³ in Marburg wurden bereits ausführlich bearbeitet. Dort ist auch die Marburger Chirurgische Klinik in Bezug auf ihre Ärzteschaft, ihre Studenten und ihre Gebäude thematisiert worden. Außerdem ist über Rudolf Klapp, der von 1928 bis 1944 Direktor der Chirurgischen Klinik in Marburg war, eine Dissertation erschienen.¹⁴ Er war während des Zweiten Weltkrieges zusätzlich Beratender Chirurg der Wehrmacht.¹⁵

In allen genannten Veröffentlichungen wurde auf die zivilen chirurgischen Patienten nicht näher eingegangen. Diese Lücke soll mit dieser Arbeit geschlossen werden.

2 Einführung in das Gesundheits- und Krankenhauswesen im Nationalsozialismus

Um das komplexe Gesamtbild der Marburger Chirurgischen Klinik und der dort behandelten Patienten mit den entsprechenden Erkrankungen erfassen zu können, ist Hintergrundwissen zur Krankenhausarchitektur und des Krankenhauswesens sinnvoll. So lassen sich die Bedingungen und Pläne des Umbaues der Marburger Klinik nachvollziehen. Ebenfalls Voraussetzung zum Verständnis des ärztlichen und pflegerischen Handelns ist Hintergrundwissen zum Gesundheitssystem und zur Gleichschaltung der Ärzteverbände im Nationalsozialismus. Diese Aspekte werden in diesen Kapiteln behandelt.

¹⁰ Vgl. Wettmann, Andrea: Heimatfront Universität. Preußische Hochschulpolitik und die Universität Marburg im Ersten Weltkrieg, Köln 2000

¹¹ Vgl. Aumüller, Gerhard/ Grundmann, Kornelia/ Krähwinkel, Esther/ Lauer, Hans H./ Remschmidt, Helmut: Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, München 2001; Hollenberg, Günter/ Schwersmann, Aloys (Hrsg.): Die Philipps-Universität Marburg zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus, Kassel: Verein für hessische Geschichte und Landeskunde e.V. 2006

¹² Vgl. Gerz, Yvonne: Die Situation der Medizinischen Fakultät Marburg in der Nachkriegszeit: 1945-1950, Dissertation Universität Marburg 2008

¹³ Vgl. Krähwinkel, Esther: Volksgesundheit und Universitätsmedizin. Kommunale Gesundheitsfürsorge in Marburg als Handlungsfeld von Stadt und Hochschule 1918 bis 1935, Darmstadt 2004

¹⁴ Vgl. Blau, Evelyn: Rudolf Klapp. Marburger Chirurg und Orthopäde im Dritten Reich, Dissertation Universität Marburg 2007

¹⁵ Über das Tätigkeitsfeld beratender Ärzte und die medizinischen Probleme im Krieg berichtet die Freiburger Dissertation: Behrendt, Karl Philipp: Die Kriegschirurgie von 1939-1945 aus Sicht der beratenden Chirurgen des deutschen Heeres im Zweiten Weltkrieg, Dissertation Universität Freiburg 2004

2.1 Die Entwicklung der Krankenhausarchitektur, -hygiene und des Krankenhauswesens

Die Spezialisierung der einzelnen Fachabteilungen in den Krankenhäusern geschah erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts, d.h. die Patienten wurden entsprechend ihrer Krankheitsbilder bzw. auf Grund ihres Alters in bestimmte Fachabteilungen aufgenommen. Die Zahl der jungen Patienten nahm durch die Errichtung von Kinderkrankenhäusern Anfang des 20. Jahrhunderts zu.¹⁶

Um den Patienten möglichst viel Licht und frische Luft zur besseren Genesung zuzuführen, wurden sogenannte Pavillonkrankenhäuser mit Krankensälen erbaut. Damit war gleichzeitig auch eine bessere Überwachung durch die Krankenschwestern gewährleistet.¹⁷ Neben Männer- und Frauengebäuden gab es häufig ein Gebäude für Privat-Patienten, die vor allem die Finanzierung der Kliniken sicherten.¹⁸ Bis zum Beginn des Zweiten Weltkrieges wurde die Pavillonbauweise durch die Terrassenbauweise abgelöst. Darin waren die Krankensäle mit großen Fenstern vom Boden bis zur Decke nach Süden gerichtet und es wurde für viele Terrassen, Veranden und Grünflächen gesorgt. Teilweise wurde sogar spezielles UV-Licht-durchlässiges Glas verwendet, sodass den Patienten das Sonnenlicht zugute kam. Oft konnten die Fensterfronten großzügig geöffnet werden, um Frischluft hereinzulassen.¹⁹ Damit sich der Staub mit den Krankheitserregern nicht an Wänden oder Decken absetzen konnte, wurden teilweise die Decken abgerundet oder zumindest mit Emaillefarbe bestrichen, um sie besser desinfizieren zu können. Mit dem Einsatz von Schiebetüren konnten im Gegensatz zu Flügeltüren die Luftaufwirbelungen vermindert werden.²⁰

Nachdem man herausfand, dass Krankenhausinfektionen durch Kontakt mit Keimen übertragen werden und nicht, wie bisher angenommen, über die Luft, legte man das Hauptaugenmerk nicht mehr auf die Bauweise des Krankenhauses, sondern auf die Ausstattung. Die Möblierung wurde so ausgewählt, dass optimale Sauberkeit durch möglichst leichte Reinigung zu erreichen war. Die Infektionen durch direkte Übertragung von Ärzten und Krankenschwestern auf den Patienten konnten durch Desinfektionsmaßnahmen vermindert werden, und man ging wieder zu kleineren

¹⁶ Vgl. Ebd., S. 68-70

¹⁷ Vgl. Murken, Axel Hinrich: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln 1988, S. 179-225

¹⁸ Vgl. Jetter, Dieter: Grundzüge der Krankenhausgeschichte 1800-1900, Darmstadt 1977, S. 137

¹⁹ Vgl. Murken, Großklinikum, 1988, S. 179-225

²⁰ Vgl. Artelt, Walter; Heischkel-Artelt, Edith; Mann, Gunter: Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland, Göttingen 1976, S.47- 51

Krankensälen über.²¹ In den 1930er Jahren wuchsen die Krankenhäuser in die Höhe. Dennoch legte man weiter großen Wert auf genügend Liegebalkone, um diese für die Licht- und Lufttherapie zu nutzen. Außerdem wurden verwandte Bereiche im Krankenhaus möglichst nahe zusammengefasst. So konnten weite Wege von den Krankensälen zu den OP-Sälen, Laboren oder Röntgenabteilungen verkürzt werden. Mit der Einführung von Fahrstühlen veränderte sich allmählich die vorher horizontale Bauweise zu „Hochhäusern“.²² Neben praktischen Erneuerungen wurde das Krankenhaus wohnlicher, d.h. mit Wandschmuck und freundlicher Farbe an den Wänden und Böden.²³ Durch die teuren technischen Neuerungen wie Röntgengeräte, die möglichst jedes Krankenhaus anbieten wollte, gab es oft Finanzierungsprobleme. Auch mussten zur Einhaltung neuer hygienischer Standards die Kliniken umgebaut und für den stetigen Patientenzuwachs Anbauten errichtet werden.²⁴

Im 19. Jahrhundert stammte die Hauptpatienten Klientel aus der Unterschicht. Ein Aufenthalt bewahrte die Kranken vor den Folgen der Arbeitslosigkeit, da sie trotz eines Krankenhausaufenthaltes und einem damit verbundenen Arbeitsdienstausschlag eine entsprechende Lohnfortzahlung erhielten.²⁵ Die Voraussetzung einer heilbaren Erkrankung war vor allem für hilfsbedürftige Patienten wichtig, denn diese wurden kostenlos versorgt.²⁶ Doch durch die zunehmenden chirurgischen Fortschritte und damit zunehmender Akzeptanz einer stationären Versorgung wurde das Krankenhaus auch immer mehr von wohlhabenderen Menschen genutzt, die vorher häusliche Operationen bevorzugt hatten. Durch die neuen Hygienemaßnahmen der Asepsis und Antisepsis waren sie nun im Krankenhaus besser als zu Hause aufgehoben.²⁷ Das Krankenhaus entwickelte sich zu einer Einrichtung für die „Versorgung aller erkrankten Bürger“. Der primäre Grund liegt in der Einführung der Sozialversicherung. Bei einer Erkrankung

²¹ Vgl. Murken, Axel Hinrich: Geschichte der Krankenhaushygiene, Herzogenrath 1990, S.18- 21

²² Vgl. Murken, Großklinikum, 1988, S. 179-225

²³ Vgl. Döllner, M.: Der „Schenkelbau“ und anderes vom Krankenhauswesen, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW), 59. Jg., Heft 31 (1933), S. 1213- 1214

²⁴ Vgl. Hübner, Silke: Vom Allgemeinen Krankenhaus zur Gesundheitsfabrik, Frankfurt am Main 2004, S. 120

²⁵ Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S. 360

²⁶ Vgl. Brinkschulte, Eva: Krankenhaus und Krankenkassen. Soziale und ökonomische Faktoren der Entstehung des modernen Krankenhauses im frühen 19. Jahrhundert, Husum 1998, S. 149

²⁷ Vgl. Murken, Axel Hinrich: Das Bild des deutschen Krankenhauses im 19. Jahrhundert, Münster 1977, S. 50

waren Patienten nun finanziell abgesichert.²⁸ (Weiteres zu den Krankenkassen, siehe Kapitel: 11)

Die Pflegesätze der Krankenkassen konnten jedoch häufig nicht die Krankenhauskosten decken. Daher blieb den Kliniken trotz staatlicher Zuschüsse oft kein Geld mehr für Investitionen, Renovierungen, Umbauten oder Neubauten übrig. Große Engpässe bei der Instandhaltung der Krankenhäuser entstanden während der Wirtschaftskrise 1929. So befanden sich viele Klinikgebäude in den 30-er und 40-er Jahren in einer desolaten Situation. Im Zweiten Weltkrieg entstanden zusätzlich gravierende finanzielle und versorgerische Einbußen durch Kriegszerstörungen an den Gebäuden. Überall fehlte es in den Krankenhäusern an medizinischen Geräten, Instrumenten, Wäsche und Sterilisationsanlagen. Die Küchen waren marode und viele Heizungs- und Wasserversorgungsanlagen sowie Röntgengeräte defekt.²⁹

Gleichzeitig nahm die Zahl der verpflegten Kranken bis zum Zweiten Weltkrieg zu. Im Jahr 1920 wurden 486 Patienten pro 10 000 Einwohner stationär behandelt. Im Jahr 1928 waren es bereits über 637 Patienten, und 1938 lag die Patientenzahl pro 10 000 Einwohner bei 847.³⁰ Die Kapazitäten der Krankenhäuser waren mit 10 bis über 600 Betten sehr heterogen. Insgesamt wurden viele Kliniken immer wieder vergrößert. Dennoch stieg die Anzahl der verpflegten Kranken insgesamt schneller als die Zahl der Betten. Dabei nahm die Anzahl der Betten für Privatpatienten ab, da immer mehr Patienten krankenversichert waren.³¹

Neben den Kliniken gab es Heilanstalten für bestimmte Krankheiten wie Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten. 1926 standen in den Heilanstalten rund 1 Million Betten zur Verfügung, während die deutschen Krankenhäuser nur ca. 300 000 Betten aufwiesen. Für die Heilanstalten charakteristisch waren „Liegekuren an frischer Luft, Sonnen- und Luftbäder sowie eine rustikal nahrhafte Beköstigung“, gleichzeitig fungierten sie auch noch als eine Art „Erziehungsanstalt“.³² In die Heilanstalten durften lange Zeit nur Kranke aufgenommen werden, die als heilbar einzustufen waren.³³ 1913 wurde nach dem

²⁸ Vgl. Sachße, Christoph/ Tennstedt, Florian: Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871 bis 1929, Stuttgart/ Berlin/ Köln/ Mainz 1988, S. 133- 134

²⁹ Vgl. Hübner, Gesundheitsfabrik, 2004, S.120- 123

³⁰ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, III. Gesundheitswesen 1877- 1970 5. Krankenhäuser, Betten und Kranke

³¹ Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S. 59-63

³² Vanja, Christina: Heilanstalten, in: Aumüller, Gerhard/ Grundmann, Kornelia/ Vanja, Christina: Der Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit, Marburg 2007, S. 245- 249

³³ Vgl. Brinkschulte, Krankenhaus, 1998, S. 147

Vorbild aus Amerika die Krankenhausfürsorge eingeführt. Fürsorgerinnen kümmerten sich in den Heilanstalten um Tuberkulosekranke, Schwangere, Kinder, Geschlechtskranke, „Geisteskranke“ und „Schwererziehbare“. Sie arbeiteten auf den Krankenstationen und betreuten die Patienten nach der Entlassung weiter. Sie wurden von Privatorganisationen, konfessionellen Verbänden oder von öffentlichen Behörden beschäftigt.³⁴ Die Fürsorgestellen sollten möglichst ausgebaut werden, damit die Kliniken entlastet und die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden konnte. Dies stellte außerdem eine Sparmaßnahme im Gesundheitssystem dar, denn jede Art von Gesundheitsprophylaxe war günstiger als eine Krankenhausbehandlung.³⁵ Insgesamt griffen die medizinischen Maßnahmen, und der Gesundheitsstatus der deutschen Bevölkerung verbesserte sich. Die Bevölkerung wurde seltener krank, aber dafür nahmen durch die Industrialisierung in den 30-er Jahren die Berufskrankheiten zu.³⁶

Nicht überall in Deutschland konnten Anstalten errichtet werden. Voraussetzungen waren entweder besondere klimatische Bedingungen oder Heilwasserquellen. Nach Angaben aus zeitgenössischen Artikeln war ein Ziel, den Medikamentenbedarf der Patienten zu senken bzw. durch natürliche Heilmittel zu ersetzen. Die Patienten sollten sich erholen, schonen, aber auch durch Übungen an Kraft gewinnen und leistungsfähiger werden.³⁷

Ein guter Chirurg musste laut einem Artikel von Karl Marbe in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie (DZC) bestimmte Eigenschaften aufweisen: Neben einer allgemein normalen Intelligenz sollte er ein gutes Farben- und Formengedächtnis besitzen, um die Organe und Körperteile „in ihrer Zusammengehörigkeit und ihrem Zusammenwirken [zu] beherrschen“³⁸. Ein distributives Aufmerksamkeitsvermögen sollte ebenfalls vorhanden sein. Da Chirurgen häufig schnellste Entscheidungen treffen müssen, sollten sie schlagfertig sein. Außerdem wurden motorische Geschicklichkeit sowie ruhige Hände vorausgesetzt. „Freilich muß der Chirurg aber gelegentlich so ‚rücksichtslos‘ sein können, daß er es über sich bringt, dem Kranken im Interesse seines Wohles einen großen Schmerz zu verursachen“.³⁹

³⁴ Vgl. Rinneberg, Elisabeth: Die Entwicklung der sozialen Krankenhausfürsorge von ihren Anfängen bis zur Gegenwart, in: DMW, 59. Jg., Heft 2 (1933), S. 60- 61

³⁵ Vgl. Prausnitz, Carl: Die Arbeiten der Hygieneorganisation des Völkerbundes über den Einfluß der Weltkrise auf die Volksgesundheit, in: DMW, 59. Jg., Heft 18, (1933), S. 692- 693

³⁶ Vgl. Ebd., S. 692- 693

³⁷ Vgl. Ernst, Wolfgang: Krankenbehandlung im Sanatorium, in: DMW, 68. Jg., Heft 2 (1942), S. 42- 44

³⁸ Marbe, Karl: Die Eignung für die Chirurgie, Orthopädie und Zahnheilkunde, in: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (DZC), Band 208 (1928), S. 293

³⁹ Ebd., S. 297

Vor Beginn der modernen Chirurgie mit der Verhütung von Wundinfektionen durch wirksame Desinfektionsmaßnahmen verliefen viele Operationen tödlich. Nicht nur die größeren, schon kleine Verletzungen und Wunden konnten zum Tode führen und daher war die Operationsmortalität hoch.⁴⁰ Durch die 1846 eingeführte Äthernarkose konnten bei Operationen die Schmerzen verhindert werden, aber gegen die hohe Mortalitätsrate auf Grund von Infektionen gab es zunächst kein Heilmittel.⁴¹

Im 19. Jahrhundert zeigte sich, dass chirurgische Eingriffe, die in Wohnungen der Patienten oder kleinen Privatheilanstalten stattfanden, weniger Komplikationen aufwiesen. In den Krankenhäusern war die Mortalität sehr viel höher. Die Patienten verstarben dort meistens an Sepsis, die der mangelnden Krankenhaushygiene zugeschrieben wurde.⁴² Die Einführung der Antisepsis durch den britischen Chirurgen Joseph Lister (*05.04.1827 in Upton, †10.02.1912 in Walmer) bedeutete einen ersten Fortschritt in der Behandlung von Wundinfektionen. Er setzte Karbolsäure zur Abtötung von Keimen ein, welches in die Wunden gesprüht wurde. Anschließend wurde die Wunde mit in Karbolsäure getränktem Leinen verbunden.⁴³ Lister entwickelte außerdem ein Handspray und ein Dampfspray, womit die Hände und das Operationsgebiet während einer Operation ständig mit Karbol befeuchtet wurden. Die Letalitätsrate sank daraufhin auf ca. 10%.⁴⁴ Nachdem sich die Lister'sche Lehre durchgesetzt hatte, wurde sie laufend weiterentwickelt. Robert Koch (*11.12.1843 in Clausthal, †27.05.1910 in Baden-Baden) bewies 1878, dass die Keime der Wundinfektionen nicht über die Luft übertragen wurden. Somit wurde die „Luftdesinfektion“ mit Karbolspray gegenstandslos. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts stand im Vordergrund, alles zu desinfizieren, was in Berührung mit dem Operationsgebiet kam.⁴⁵ Gummihandschuhe, Dampfsterilisatoren und getrennte Operationssäle für infektiöse und nicht infektiöse Patienten wurden eingeführt.⁴⁶ Auch spezielle Operationskleidung nahm einen immer höheren Stellenwert ein. Zunächst gab es nur Kittel, die am Rücken verschließbar waren. Erweitert wurde die Kleidung um 1900 durch Tücher, die als Mundschutz dienten und Operationshauben.⁴⁷ Operationsinstrumente, Verbände sowie Operationskleidung sterilisierte man nach jeder

⁴⁰ Vgl. Sailer, F. X./ Gierhake, F. W.: Chirurgie historisch gesehen, Anfang- Entwicklung-Differenzierung, Deisenhofen 1973, S. 33- 34

⁴¹ Vgl. Ziganell, Klaus: Anaesthesie- historisch gesehen, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo 1987, S. 99

⁴² Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S. 146-155

⁴³ Sailer/ Gierhake, Chirurgie, 1973, S. 35- 36, 40

⁴⁴ Vgl. Ziganell, Anaesthesie, 1987, S. 102-105

⁴⁵ Vgl. Ebd., S.107- 108

⁴⁶ Vgl. Sailer/ Gierhake, Chirurgie, 1973, S. 40- 41

⁴⁷ Vgl. Krankenhaushygiene, Murken, 1990, S. 22

Operation. Durch diese großen Fortschritte der Asepsis konnten Pyämien und Hospitalbrände größtenteils vermieden werden.⁴⁸ Im Operationssaal wurde die Haut des Patienten großflächig um die zu operierende Stelle desinfiziert. Hierfür verwendete man hauptsächlich Jodtinkturen, mit denen allerdings auch keine völlige Keimfreiheit zu erreichen war. Insgesamt traten darunter aber weniger Wundinfektionen auf.⁴⁹ Auch Rivanol⁵⁰ wurde zur Desinfektion verwendet. Es wies keinerlei schädigende Wirkung auf, war farblos und wurde deswegen bei Peritonitis sogar in größeren Mengen im Bauchraum eingesetzt oder in Gelenke bei Infektionen injiziert.⁵¹ Durch das Rivanol kam es zu einer Hyperämie des Gewebes, wodurch schließlich eine „Heilentzündung“ induziert wurde.⁵² Zur Händedesinfektion wurde Alkohol verwendet. Der Direktor Klapp der Marburger Chirurgischen Klinik bevorzugte jedoch eine kurze Händedesinfektion mit Lavamat und einen kühlen Operationssaal. Dies schien ihm „vorteilhafter“ gegen Bakterien zu sein.⁵³ Zur Desinfektion der Hände vor einer Operation begnügten sich die Chirurgen zunächst mit einer Schale voll Alkohol. Später wurden Geräte hergestellt, die die Händedesinfektion erleichterten. 1929 wurde der „Alkoholkipper“ erfunden, der per Fußpedal bedient wurde. Die Alkoholflaschen hingen oben im Gerät und der Alkohol floss bei Bedienung des Pedals in den Ausflussansatz. Von dort tropfte nun eine bestimmte Menge Alkohol herunter, so dass sich der Chirurg damit seine Hände einreiben konnte. Zum Auffangen der überschüssigen Menge befand sich ein Sammelbehälter unter dem Becken. Tropfgeschwindigkeit und Menge konnten individuell eingestellt werden.⁵⁴

⁴⁸ Vgl. Sailer/ Gierhake, Chirurgie, 1973, S. 40- 41

⁴⁹ Vgl. Goetze, O: Ergebnisse mit dem neuen Hautdesinfektionsmittel „Dibromol“, in: DMW, 66. Jg., Heft 31 (1940), S. 853

⁵⁰ Rivanol = Antiseptikum aus der Reihe der Acridine. Es bindet an die DNA der Bakterien und verhindert dadurch die Proteinbiosynthese.

⁵¹ Vgl. Krech, W.: Spezielle Arzneibehandlung, insbesondere die Chemotherapie in der Chirurgie, in: DMW, 54. Jg., Heft 47 (1928), S. 1966- 1967

⁵² Vgl. Lauber/ Studemeister, Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, Volume 44, Number 2 (1950), S. 138

⁵³ Vgl. Klapp, Rudolf: Operieren, in: DMW, 59. Jg., Heft 20 (1933), S. 786

⁵⁴ Hoffmann: Alkoholkipper. Zur Desinfektion der Hände im Operationssaal, in: Der Chirurg (DC), 1. Jg., Heft 9 (1929), S. 431- 432

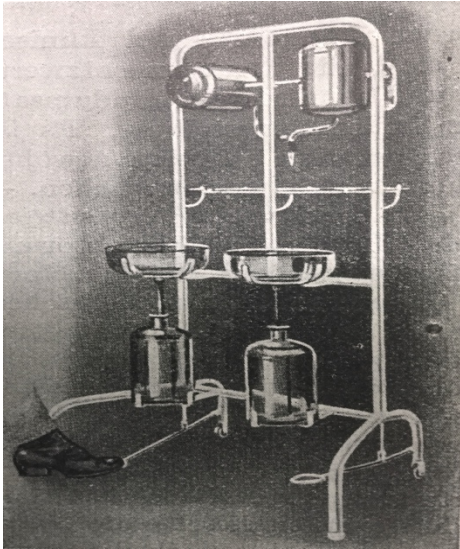


Abb. 1: Alkoholkipper⁵⁵

Der Alkohol hatte eine keimtötende Wirkung und wurde meistens in 60- 70%iger Lösung verwandt. Es wurden immer wieder Substanzen getestet, die eine noch bessere Keimreduktion und –hemmung erzielen sollten. Unter anderem wurde das „Quartamon“, eine Ammoniumbase, getestet. Anhand kleiner Stichproben wies es eine dem Alkohol gleichwertige Desinfektionswirkung bei noch längerer Wirkungsdauer auf, doch führte es an der Haut häufig zu Juckreiz, Brennen und Reizerscheinungen.⁵⁶ Durch das ständige Händewaschen, -schrubben und -desinfizieren litten viele Chirurgen unter Reizerscheinungen der Haut. Durch Seife wurde der Säureschutz der Haut abgebaut und machte sie leichter reizbar. Daher wurden neutrale Hautreinigungsmittel erfunden. Eines davon war „Satina“, ein Eiweißkondensationsprodukt. Neben der hautverträglicheren Wirkung hatte es außerdem eine dreifach höhere Reinigungskraft als Seife.⁵⁷

Die Operationssäle mussten ebenfalls einem gewissen hygienischen Standard genügen. Alle Flächen mussten leicht zu reinigen sein und es sollte eine künstliche Lüftung sowie eine Abzugsvorrichtung vorhanden sein. Die frische Luft kam gefiltert durch ein Fenster herein, wurde durch Heizungen angewärmt und so in den Operationsaal geleitet. Durch eine Aspirationsheizung konnte die verbrauchte Luft abgezogen werden. Die Böden und oftmals auch die Wände waren mit Fliesen belegt. Sie sollten möglichst matt sein und eine leichte farbliche Tönung, am besten Grau, aufweisen. Weiße Kacheln und Operationskleidung beanspruchten mit ihren blendenden Reflexen nur das Auge. Die Operationskleidung sollte dunkel, z.B. dunkelblau gefärbt sein. Das Licht im

⁵⁵ Vgl. Ebd., S. 432

⁵⁶ Vgl. Kaufmann, O./ Hertel, H.: Klinisch- bakteriologische Untersuchungen über das neue Desinfektionsmittel „Quartamon“, in: DC, 12. Jg., Heft 22 (1940), S. 674- 678

⁵⁷ Vgl. Stahnke, Ernst: Unsere Erfahrungen mit „Satina“, in: DC, 12. Jg., Heft 1 (1940), S. 23- 24

Operationssaal war ebenfalls entscheidend. Eine gute Ausleuchtung des Operationsgebietes wurde angestrebt. Durch entsprechende Operationslampen konnte durch einen Lichtkegel in die Tiefe des Operationsfeldes geleuchtet werden.⁵⁸ Die Decken sollten einen wasserdurchlässigen Anstrich haben, etwa einen Kalk- oder Leimfarbenanstrich, damit kein Dunst entstehen konnte und sich kein Kondenswasser sammelte, das womöglich in das Operationsfeld tropfte.⁵⁹

So konnte die Chirurgie ihren schlechten Ruf aufgrund hoher Mortalitätsraten endlich ablegen. Insgesamt stieg durch Antisepsis und fortschreitende Krankenhaushygiene die Zahl der Operationen. Gleichzeitig aber wurden durch wissenschaftliche Fortschritte auch wieder mehr konservative Therapien durchgeführt. Hatte man bei infizierten Knochenerkrankungen vorher noch operiert, wendete man nun eher die konservative Therapie mit Ruhigstellung der Extremität an.⁶⁰ Durch zunehmende Erfahrungen sowohl bei Operationen als auch bei konservativen Therapien konnte der „perfekte“ Zeitpunkt des Therapiebeginns eingeschätzt werden. Mit geplanten Operationen konnte die Sterblichkeit reduziert und eine Verbesserung der Ergebnisse erzielt werden. Die verschiedenen Jahreszeiten wurden ebenfalls berücksichtigt. Im Winter kamen Grippeepidemien oder andere ansteckende Erkältungskrankheiten vermehrt vor. Gingen diese Erkrankungen auf frisch Operierte über, so entwickelten sich nicht selten Lungenentzündungen, oder ihr Heilungsverlauf wurde verzögert. Daher sollten Magen-, Gallenblasen- und Hernienoperationen möglichst im Sommer durchgeführt werden. Aber auch der Sommer konnte für die Patienten tückisch sein. Gerade ältere Patienten hatten Kreislaufprobleme bei sommerlicher Schwüle, oder Wunden konnten sich durch schwitzende Haut leichter infizieren. Bestimmte Berufsgruppen ließen einen „perfekten“ Zeitraum für eine geplante Operation auch gar nicht zu. Landwirte mussten vor allem im Sommer ihre Felder bewirtschaften und schoben daher ihre Operationen soweit wie möglich in den Winter hinein. Aber auch der Zeitpunkt der Operation bei akuten Verletzungen oder Erkrankungen war entscheidend. Offene Frakturen oder die Appendizitis waren sofortige Operationsindikationen. Dahingegen sollten Patienten mit Magengeschwüren durch Ruhe und Diät zunächst zu Kräften kommen. Vor

⁵⁸ Vgl. Kümmell, Hermann: Der moderne Operationsraum in Deutschland und Nordamerika, in: DC, 1. Jg., Heft 11 (1929), S. 497- 503

⁵⁹ Vgl. Böhler, Lorenz: Der Anstrich des Operationssaales, in: Zentralblatt für Chirurgie (ZblCh), 55. Jg., Heft 51 (1928), S. 3214

⁶⁰ Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S. 146-155

Prostataoperationen sollte die Nierenfunktion z.B. durch Legung eines Katheters verbessert werden.⁶¹

Zu den allgemeinen Standards in der Chirurgie gehören bis heute Patientenaufklärungen. Im 19. und frühen 20. Jahrhundert erfolgten die Aufklärungen oft erst am Operationstag und die Prognosen wurden eher günstiger dargestellt. Dies führte zu häufigen Klagen.⁶² Die Einwilligung zu einer Operation musste von dem Patienten selbst oder von einem gesetzlichen Vertreter eingeholt werden. Der Chirurg durfte nicht gegen den Willen des Patienten entscheiden. Bei Kindern musste der Vater einwilligen, die Mutter durfte nur bei einfacheren Operationen im Sinne einer bevollmächtigten Person ihres Ehemannes einwilligen. Patientinnen durften jedoch selbst über ihre Zustimmung oder Ablehnung einer Operation entscheiden.⁶³

Auch Wehrdienstpflichtige hatten nur ein bestimmtes Mitspracherecht bei ärztlicher Versorgung. Wurde durch eine Operation in Aussicht gestellt, dass dadurch eine Dienstfähigkeit erzielt werden konnte, so durfte sich der Wehrdienstpflichtige der Operation nicht verweigern. Bestraft wurde dies sonst als Befehlsverweigerung. Alle Wehrdienstpflichtigen sollten jegliche ärztliche Maßnahmen dulden, die ihre zivile Arbeitsfähigkeit eventuell steigerten. Bei Widersetzung drohten Rentenkürzungen.⁶⁴ Auch der Marburger Kliniksdirektor Rudolf Klapp vertrat die Meinung, dass sich ein Soldat bei militärischem Interesse einer Operation unterziehen sollte. Ebenso sollten sich Männer, die freiwillig in das Heer eintreten wollten und Verletzungen, deformiert geheilte Frakturen oder Leistenbrüche aufwiesen, operieren lassen, wenn dadurch Aussicht auf Besserung bestand.⁶⁵

Entscheidender Meilenstein in der Chirurgie waren die Röntgenaufnahmen. Sowohl Knochen als auch Hohlorgane konnten nun dargestellt werden. Zudem konnten durch Bluttransfusionen große Blutverluste ausgeglichen werden, wodurch die Operationsmortalität sank.⁶⁶

⁶¹ Vgl. Novák, E. v.: Über den Zeitpunkt des chirurgischen Eingriffes, in: DZC, Band 258 (1944), S. 281-291

⁶² Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S.364-365

⁶³ Vgl. Schläger: Operation und Einwilligung, in: DMW, 66. Jg., Heft 45 (1940), S. 1249- 1250

⁶⁴ Vgl. Kirschner, Martin: Zur Frage der Operationsduldungspflicht der Wehrmachtsangehörigen, in: DC, 12. Jg., Heft 13 (1940), S. 373- 377

⁶⁵ Vgl. Klapp, Rudolf: Bemerkungen zur erweiterten Operationspflicht des Soldaten, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 13 (1940 b), S. 559, 561

⁶⁶ Vgl. Brunn, Walter von: Geschichte der Chirurgie, Bonn 1948, S. 70- 71

Ergänzend zur Asepsis wurden die ersten Chemotherapeutika entwickelt. 1928 entdeckte Alexander Fleming (*06.08.1881, †11.03.1955) das Penicillin, welches jedoch nur die Alliierten im Zweiten Weltkrieg einsetzten und in Deutschland erst nach dem Krieg zur Anwendung kam. 1935 wurden die Sulfonamide durch Gerhard Domagk (* 30.10.1895, † 24.04.1964) entdeckt, die bereits von den Deutschen im Krieg zum Einsatz kamen.⁶⁷ Sulfonamide wurden vorwiegend als Pulver oder Salbe zur lokalen Therapie oder aufgelöst in Flüssigkeit zur intravenösen Verabreichung angewendet. Nach Eröffnung und Spülung von Abszessen bepuderte man die Wunden großzügig mit Sulfonamidpulver. Ebenso verfuhr man bei Panaritien, Phlegmonen, Karbunkeln und offenen Frakturen. Im Anschluss folgte die weitere Wundbehandlung mit Salben oder feuchten Kamilletüchern. Bei Peritonitis wurden den Kochsalzlösungen für Bauchspülungen ebenso Sulfonamide zugesetzt, wodurch die Heilungsrate gesteigert werden konnte.⁶⁸

Ein weiterer Therapieschwerpunkt der Chirurgie war die Schmerzbekämpfung. Opiate wurden seit Anfang des 19. Jahrhunderts verwendet. Aufgrund der möglichen Nebenwirkung einer Atemdepression war der Einsatz umstritten. Übelkeit und Erbrechen traten als häufige Nebenwirkungen auf. Opiate wie das Morphinum konnten sowohl als Injektionen, als auch oral verabreicht werden.⁶⁹ Als man auf der Suche nach einem Spasmolytikum war, fand man das Dolantin, ein weiteres Schmerzmedikament. Bei ungefähr gleichem analgetischen Effekt wie Morphinum verursachte es zudem weniger Übelkeit und Obstipation.⁷⁰ Außerdem trat keine Gewöhnung und Abhängigkeit auf. Es konnte in Tablettenform, intramuskulär oder intravenös verabreicht werden.⁷¹

Die Arzneimittelforschung schritt zügig voran. In der Chirurgie wurden z.B. Substanzen gefunden, die einer Fraktur zur schnelleren Konsolidierung verhelfen sollten. Hierfür wurde Vigantol, eine Vorstufe des Vitamin-D, oder Phosphorlebertran verordnet. Patienten mit Rachitis bekamen zusätzlich noch Kalkpräparate.⁷²

Durch die Bettlägrigkeit nach einer Operation war die Entstehung einer Beinvenenthrombose mit möglicher lebensbedrohlicher Lungenembolie gefürchtet. Zur

⁶⁷ Vgl. Ebd., S. 69

⁶⁸ Vgl. Voigt, Heinz- Werner: Neuere Erfahrungen mit der Sulfanilamidtherapie in der Chirurgie, in: DMW, 70. Jg., Heft 7/8 (1944), S. 94- 95

⁶⁹ Vgl. Schneider, Erich: Zur Frage der Schmerzbekämpfung auf oralem Wege, in: DMW, 66. Jg., Heft 16 (1940), S. 433-434

⁷⁰ Vgl. Jessen, H.: Zur therapeutischen Anwendung von Dolantin, in: DMW, 66. Jg., Heft 40 (1940) S. 1398- 1399

⁷¹ Vgl. Anda, Tibor: Die Wirkung des Dolantin in der chirurgischen Schmerzstillung, in: ZblCh, 69. Jg., Heft 1 (1942), S. 10

⁷² Vgl. Krech, DMW, 54. Jg., Heft 47 (1928), S. 1970

Verhinderung einer Thrombose wurden die Beine mit Binden gewickelt in der Hoffnung, dass der stramme Verband bei kleinsten Bewegungen der Beine eine Selbstmassage bewirkte und das Blut in Bewegung hielt. Ein Rückgang der Thromboserate konnte mit dieser Methode erzielt werden.⁷³ Um eine Strömungsverlangsamung jedoch überhaupt zu verhindern, galt das Prinzip der frühen Mobilisation. Je nach Operation sollten die Patienten ab dem 1. bis 3. Tag postoperativ aufstehen.⁷⁴ Auch konnte es bei Frakturen großer Knochen zu Fettembolien kommen, die sich mit denselben Beschwerden und Risiken einer Lungenembolie zeigt.⁷⁵ Durch Hochlagerung der Extremität wurde versucht, die Fettembolie zu verhindern, und die Wunden wurden zunächst offen gelassen, damit das Fett nach außen ablaufen konnte.⁷⁶ Erste vielversprechende Erfolge der Embolieprophylaxe waren 1943 mit Heparin zu verzeichnen. Heparin hemmt die Blutgerinnung und damit die Entstehung eines Thrombus. Patienten bekamen zunächst im Rahmen von Studien postoperativ Heparin intravenös injiziert, und in der Folge trat niemals eine Thrombose auf. Allerdings hielt die Gerinnungshemmung nur wenige Stunden an, das Heparin musste daher mehrmals am Tag verabreicht werden. Außerdem war es teuer und nicht leicht zu beschaffen, so dass sich die Anwendung außerhalb von Studien in der Chirurgie im 20. Jahrhundert zunächst noch nicht durchsetzte.⁷⁷

2.2 Neuorganisation und Gleichschaltung des Gesundheitssystems

In der Weimarer Republik war es zu einer zunehmenden wirtschaftlichen Abhängigkeit der Ärzte von den Krankenkassen gekommen, die eigene Versorgungseinrichtungen wie Ambulatorien eingerichtet hatten. Anfang der 30er Jahre griff die Reichsregierung angesichts der Wirtschaftskrise mit gesetzlichen Regelungen in die Spannungen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft ein. Die Kassenleistungen wurden beschränkt und die Eigenbeteiligung der Sozialversicherten an den Behandlungskosten vorgeschrieben. Für

⁷³ Vgl. Porzelt, W.: Zur Prophylaxe der postoperativen Thrombose und Embolie, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 24 (1928), S. 1481- 1482

⁷⁴ Vgl. Geissendörfer, Rudolf: Die postoperativen tödlichen Lungenembolien der Chirurgischen Universitätsklinik Göttingen in den Jahren 1919- 1928, in: Klinische Wochenschrift (KW), 9. Jg., Heft 16 (1930), S. 740

⁷⁵ Vgl. Paul, Fritz/ Windholz, Franz: Über den Tod durch Fettembolie, in: KW, 4. Jg., Heft 36 (1925), S. 1722

⁷⁶ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 147

⁷⁷ Vgl. Schneider, Erich/ Kickelhayn, Rudolf: Untersuchungen zur Thrombose- und Embolieprophylaxe mit Heparin und Parathrodym, in: DZC, Band 257 (1943), S. 221- 222, 229- 231

die Kassenärzte wurden regionale Kassenärztliche Vereinigungen als Selbstverwaltungsorgane eingeführt.

Die Nationalsozialisten hatten frühzeitig erkannt, dass Ärzte vielseitig als Propagandisten benutzt werden konnten, weil sie durch ihr besonderes Arzt-Patient-Verhältnis Vertrauen bei den Patienten genossen und andererseits als Experten der Rassenbiologie für die Verbreitung von Antisemitismus dienen konnten.⁷⁸ Die wissenschaftliche Rassentheorie und -lehre waren weder für Hitler noch für die nationalsozialistische Ärzteschaft von großem Interesse. Es ging nur um die Propagandawirkung der nationalsozialistischen Rassenlehre. Sie beinhaltete, dass durch „Ausmerze“ der Nichtarier die „Reinheit des Volkskörpers“ wiederherzustellen sei.⁷⁹

Mit der „Machtergreifung“ Adolf Hitlers war die große Stunde des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB) gekommen. Ihm wurden die Führung der Ärzteschaft und die Aufgabe übertragen, einer nationalsozialistischen Gesundheitspolitik den Weg zu ebnen. Der NSDÄB erhielt nach der Machtergreifung Hitlers starken Zulauf. Zählte der NSDÄB im Januar 1933 erst 2 786 Mitglieder, so stieg sie bereits bis Oktober 1933 auf über 11 000 an.⁸⁰

Im März 1933 erfolgte in Nürnberg die Verabschiedung des „ärztlichen“ Ermächtigungsgesetzes, durch das die Entscheidungsfreiheit und Selbstständigkeit der jüdischen Ärzte massiv eingeschränkt wurde. Große Widerstände von Seiten der Ärzteschaft gab es nicht.⁸¹ Nur einen Monat später wurde Kassenärzten, die sich kommunistisch betätigt hatten oder nicht-arischer Abstammung waren, die Berufsausübung untersagt.⁸² Weiter verschärft wurde dies, indem auch Ärzte, die mit nichtarischen Partnern verheiratet waren, ihre Kassenzulassung verloren. Schließlich wurde ab 1938 den jüdischen Ärzten gänzlich die Approbation entzogen und sie durften als „Krankenbehandler“ nur noch jüdische Patienten behandeln. Die dadurch frei gewordenen Praxen wurden durch parteitreue Ärzte besetzt. Anfang 1939 hatten 95% der jüdischen Ärzte Arbeitsverbot, d.h. es gab nur noch 285 registrierte arbeitende jüdische Ärzte in Deutschland.⁸³ Ihnen wurden die Mietverhältnisse schließlich gekündigt, so dass keine Krankenbehandler mehr tätig waren. Diejenigen, die nicht ins Ausland

⁷⁸ Vgl. Kudlien, Friedolf: Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985, S. 19

⁷⁹ Ebd., S. 30

⁸⁰ Vgl. Schott, Heinz (Hrsg.): Die Chronik der Medizin, Gütersloh/ München 2000, S. 244

⁸¹ Vgl. Jütte, Robert: Geschichte der deutschen Ärzteschaft, Köln 1997, S. 143-144

⁸² Vgl. Schott, Chronik, 2000, S. 244

⁸³ Vgl. Jütte, Ärzteschaft, 1997, S. 148- 153

auswanderten, wurden bekanntermaßen verfolgt und in Konzentrationslager deportiert.⁸⁴ In der Marburger Chirurgischen Klinik waren keine jüdischen Ärzte angestellt. Somit wird auf diese Thematik nicht weiter eingegangen.

1934 wurde das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ erlassen. Es beinhaltete einen flächendeckenden Aufbau von Gesundheitsämtern. Dabei kam zum Tätigkeitsbereich der Amtsärzte neben der Medizinalaufsicht und der Gesundheitsfürsorge nun auch die Erb- und Rassenpflege hinzu, die unter anderem das „Blutschutzgesetz“, die gesundheitliche Volksbelehrung, Eheberatungen, Schulgesundheitspflege und die Geschlechtskrankenfürsorge beinhaltete. Ärzte hatten auch über die Durchführung von Zwangssterilisationen und über eine Ehe-tauglichkeit zu entscheiden.⁸⁵

Die unzureichende Vorbereitung der Ärzte und der Armee auf den Ersten Weltkrieg sollte sich in einem erneuten Krieg nicht wiederholen. Die Ärzte, die Mitglieder der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP) waren, wurden vom Leiter der Reichsärztekammer Gerhard Wagner schon 1935 dazu aufgefordert, verdeckte Tauglichkeitsprüfungen bei ihren Patienten durchzuführen und dadurch Kaderauslesen für den Ausbau militärischer Kräfte für den Staat zu betreiben. Dazu wurden die Jahrgänge 1909 bis 1915 und die 17- bis 20-jährigen Jugendlichen einer Untersuchung unterzogen, die nach einheitlichen bevölkerungspolitischen und rassehygienischen Gesichtspunkten zu erfolgen hatte.⁸⁶ Jeder deutsche Arzt musste verpflichtend ab 1935 an entsprechenden 3-wöchigen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, in denen die nationalsozialistischen medizinischen Konzepte vorgestellt wurden. Bei der Ärzteschaft waren diese Veranstaltungen im Allgemeinen aber eher unbeliebt.⁸⁷

Die Wiedereinführung der Wehrpflicht 1936 mit neu eingeführtem Musterungsmodus machte die verdeckten Tauglichkeitsuntersuchungen überflüssig. Hierbei ergab sich, dass 25% der sich im wehrdienstfähigen Alter befindenden Männer wehrunfähig waren. Aufgrund dieser „besorgniserregenden“ Resultate sollten betriebsärztliche Betreuungen

⁸⁴ Vgl. Villiez, Anna von: Mit aller Kraft verdrängt. Entrechtung und Verfolgung „nicht arischer“ Ärzte in Hamburg 1933-1945, München/ Hamburg 2009, S. 117-118, 138-140

⁸⁵ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 82

⁸⁶ Vgl. Fahrenbach, Sabine/ Thom, Achim: Der Arzt als „Gesundheitsführer“, Frankfurt am Main 1991, S. 13-14

⁸⁷ Vgl. Kater, Michael H.: Ärzte als Hitlers Helfer, München 2002, S. 77

durch Reihenuntersuchungen und gesundheitserzieherische Aktivitäten intensiviert werden und der Betriebssport wurde gefördert.⁸⁸

Eine weitere Aufgabe der Ärzte bestand darin, eine Steigerung der Geburtenrate in der Bevölkerung zu propagieren. Dazu beitragen sollten auch Kinderbeihilfen und steuerliche Vorteile. Damit Familien diese Leistungen aber überhaupt beziehen durften, mussten sie sich vorher nach erb- und rassenbiologischen Vorgaben untersuchen lassen. Diejenigen, die den Ansprüchen nicht genügten, liefen Gefahr, Opfer der Ausmerzungs politik zu werden.⁸⁹

Wanderausstellungen des Deutschen Hygiene-Museums wurden als Propagandamittel eingesetzt.⁹⁰ Ärzte hatten die Bevölkerung im Interesse „völkischer“ Gemeinschaft zu Krankheitsprävention und gesunder Lebensführung anzuhalten. Alles hatte sich auf die Thematik „Kampf um ein gesundes, starkes und leistungsfähiges Volkstum“ zu konzentrieren.⁹¹ Die deutsche Bevölkerung sollte „bei möglichst geringer Pflege am leistungsfähigsten und widerstandsfähigsten“ sein.⁹²

1937 wurden die Ergebnisse der Untersuchungen vom „Reichsarbeitskreis für Gesundheitsführung des deutschen Volkes“ ausgewertet. Es stellte sich heraus, dass viele Männer im arbeitsfähigen Alter Fröhschädigungen oder einen arbeitsbedingten „Leistungsknick“ aufwiesen. Daraufhin wurde eine geringere Belastung von Jugendlichen im Hitlerjugend-Dienst (HJ), eine gezieltere Auswahl an geeigneter Frauenarbeit sowie die weitere Propagierung von gesundheitserhaltenden Lebens- und Ernährungsweisen empfohlen.⁹³ In der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (DMW) erschien ebenfalls ein Artikel zu Ergebnissen aus Reihenuntersuchungen in den Jahren 1937 und 1938 von 350 000 arbeitenden Männern und Frauen. Sie wurden in Anlehnung an die Wehrmachtsuntersuchungen zur Tauglichkeit durchgeführt. Wie erwartet stellte sich heraus, dass Krankheiten wie Tuberkulose hauptsächlich bei den 14- 29-Jährigen vorkam, chronische Lungenerkrankungen und Herz-Kreislaufkrankungen stiegen mit dem Lebensalter an.⁹⁴ Der Reichsarzt der Hitlerjugend schrieb im Gesundheitsbuch

⁸⁸ Vgl. Fahrenbach/ Thom, Gesundheitsführer, 1991, S. 21-23

⁸⁹ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 81

⁹⁰ Vgl. Klee, Ernst: Deutsche Medizin im Dritten Reich, Karrieren vor und nach 1945, Frankfurt am Main 2001, S. 47

⁹¹ Vgl. Bleker, Johanna/ Schmiedebach, Heinz-Peter: Medizin und Krieg, Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, Frankfurt am Main 1987, S. 193-196

⁹² Klee, Medizin, 2001, S. 46 (zitiert aus: Denkschrift betreffend Prof. Dr. med. Otmar Frhr. V. Verschuer, September 1949)

⁹³ Vgl. Fahrenbach/ Thom, Gesundheitsführer, 1991, S. 22

⁹⁴ Vgl. Zapel, E.: Ergebnisse der ersten Reihenuntersuchungen in 4 Betrieben, in: DMW, 66. Jg., Heft 22, (1940), S. 601-605

„Volk und Gesundheit“: „Jeder Deutsche hat die Pflicht, so zu leben, dass er gesund und arbeitsfähig bleibt. Krankheit ist ein Versagen. Wer krankheitshalber häufig am Arbeitsplatz fehlt, ist ein schlechter Arbeiter [...] er muss sich das, was er durch seine schlechte Lebensführung verloren hat, selbst wieder erkämpfen“.⁹⁵

Auch in den Schulen wurden Reihenuntersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung durchgeführt. Die Schulgesundheitspflege arbeitete mit Turnlehrern, Ärzten der HJ, dem Jungvolk und dem Bund Deutscher Mädel (BDM) zusammen. Alle Neugeborenen wurden von Anfang an erfasst, da eine Meldepflicht für Ärzte, Hebammen, Lehrer, Krankenpfleger, Fürsorge-Mitarbeiter und Kindergärtnerinnen bestand, Behinderungen von Kindern anzuzeigen.⁹⁶ Zur Stärkung der Kinder und Prävention von Krankheiten wurden an Schulen seit den 1920er Jahren Schulspeisungen und schulärztliche Untersuchungen durchgeführt.⁹⁷

Die Röntgenreihenuntersuchungen wurden zur Detektierung der Tuberkulose gemacht, da von ihr eine hohe Ansteckungsgefahr und schwere Krankheitsverläufe ausgingen. Durch den Krieg konnten allerdings die Reihenuntersuchungen nicht mehr in dem Maße fortgesetzt werden wie noch zu Friedenszeiten. Es gab aber weiterhin durchaus kleinere Reihenuntersuchungen in Betrieben, in die auch Zwangsarbeiter mit einbezogen wurden. Bei etwa 2,5% der aufgenommenen Röntgenbilder wurde eine Tuberkulose entdeckt.⁹⁸

Die Ärzteschaft hatte durch den Ersten Weltkrieg bereits Kriegserfahrung gesammelt und viele standen der Berufssituation ambivalent gegenüber. Nur schwer mit dem Prinzip des Hippokratischen Eides ließ sich vereinbaren, dass die Ärzte dem Militär genügend Soldaten für neue Kampfeinsätze zuführen mussten. Das Schicksal des Einzelnen spielte keine Rolle mehr und ethische Grenzen wurden überschritten.⁹⁹ Ernst Klee bezeichnete die Ärzte sogar als „biologische Soldaten“, die durch ihre Arbeit die Leistungskraft des Heeres steigern sollten.¹⁰⁰

⁹⁵ Münchner Ärzte-Initiativen gegen die atomare Bedrohung: Krieg ist keine Krankheit, München 1983, S. 44, Vgl. Projektgruppe „Volk und Gesundheit“: Volk und Gesundheit – Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus, Tübinger Vereinigung für Volkskunde e.V., Tübingen 1982

⁹⁶ Vgl. Klee, Medizin, 2001, S. 47-48

⁹⁷ Vgl. Imhof, Arthur E.: Lebenserwartungen in Deutschland, Norwegen und Schweden im 19. und 20. Jahrhundert, Berlin 1994, S. 225

⁹⁸ Vgl. Büttner, H. E.: Röntgenreihenuntersuchungen verschiedener Betriebe und Berufsgruppen in einer ostdeutschen Großstadt, in: DMW, 70. Jg., Heft 21/22 (1944), S. 314

⁹⁹ Vgl. Eckart, Wolfgang U./ Neumann, Alexander: Medizin im Zweiten Weltkrieg. Militärmedizinische Praxis und medizinische Wissenschaft im „Totalen Krieg“, Paderborn/ München/ Wien/ Zürich 2006, S. 9

¹⁰⁰ Vgl. Klee, Medizin, 2001, S. 49

Carl Franz, ein begeisterter Chirurg und Teilnehmer am Ersten Weltkrieg, schrieb in seinem Lehrbuch der Kriegschirurgie, dass der Kriegssanitätsdienst drei Aufgaben habe: Das Wohl der Verwundeten leite das Handeln, die kranken Soldaten sollten der Heeresbewegung nicht schaden und die Verwundeten sollten so schnell wie möglich wieder zum Heer zurückkehren.¹⁰¹

Im Ersten Weltkrieg wurden erstmals Beratende Ärzte (Chirurgen, Internisten, Hygieniker, Psychiater und Pathologen) eingesetzt. Sie konnten die Kriegsbedingungen dazu nutzen, Therapieverfahren zu testen. Diese Vorerfahrungen wurden im Zweiten Weltkrieg genutzt.¹⁰² Im Merkblatt für Beratende Ärzte des Zweiten Weltkrieges stand: „Nicht selten ergeben sich im Kriege einmalige Gelegenheiten für die medizinische Forschung. Sie dürfen nicht ungenützt vorübergehen“.¹⁰³ Die Pathologen konnten z.B. viele Forschungsreihen nur durchführen, weil sie nun eine große Zahl von kräftigen, jungen, plötzlich Verstorbenen für Untersuchungen zur Verfügung hatten.¹⁰⁴ Von den Chirurgen wurde der „Krieg als Lehrmeister der Chirurgie“ bezeichnet, denn Krisensituationen machten „erfinderisch“.¹⁰⁵ Sie sammelten chirurgische Erfahrungen, die sie sonst in dem Ausmaße nicht gemacht hätten, und ihre Karriere wurde dadurch befördert.¹⁰⁶

Es wurde auch für die kriegsbezogene Ausbildung der Ärzte geworben. Sie war „für die Vaterlandsverteidigung ebenso wichtig wie der Schutz von Rüstungsbetrieben und kriegswirtschaftlichen Einrichtungen“.¹⁰⁷ Während des Zweiten Weltkrieges waren Ärzte unentbehrlich und gehörten zu den bestverdienenden Freiberuflern.¹⁰⁸ Das Einkommen der Ärzte nahm innerhalb des kurzen Zeitraumes von 1933 bis 1938 um 61% zu.¹⁰⁹

Als wichtige Voraussetzung für die Mitwirkungsbereitschaft der Ärzte im Nationalsozialismus wird aber auch die verbreitete deutschnationale Denktradition in

¹⁰¹ Vgl. Franz, Carl: Lehrbuch der Kriegschirurgie, Berlin 1936, S. 1

¹⁰² Vgl. Krumeich, Gerd: Nationalsozialismus und Erster Weltkrieg, Essen 2010, S. 364-365, 367, 370-371

¹⁰³ Eckart/ Neumann, Totaler Krieg, 2006, S. 9

¹⁰⁴ Vgl. Bleker/ Schmiedebach, 1987, S. 19; Vgl. Schjerning, Otto v.: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege, Leipzig 1922, S. XIV

¹⁰⁵ Vgl. Ebd., S. 20; Vgl. Brunn, Walter v.: Der Krieg als Lehrmeister der Chirurgie, Kriegschirurgischer Ratgeber, München, Berlin 1941, S. 9-19; weiterführende Information auch von Eckhardt, Sabine: Gefäßchirurgie im Ersten Weltkrieg (Beiträge zur Wissenschafts- und Medizingeschichte. Marburger Schriftenreihe, Band 1), Frankfurt am Main 2014

¹⁰⁶ Vgl. Bleker/ Schmiedebach, Heilberufe, 1987, S. 21

¹⁰⁷ Ebd., S. 18; Vgl. Gillert, Ernst: Die Kampfstoffkrankungen, Berlin-Wien 1944, S. 1

¹⁰⁸ Vgl. Kater, Hitlers Helfer, 2002, S. 113

¹⁰⁹ Vgl. Jütte, Ärzteschaft, 1997, S. 161- 162

dieser Berufsgruppe angenommen.¹¹⁰ Einige hatten die Niederlage des Ersten Weltkrieges noch nicht „verkräftet“ und beschrieben in Büchern und Zeitschriften heldenhaft ihre Kriegseinsätze. Daher hatten die Nationalsozialisten in Bezug auf die Ärzteschaft bei der Gleichschaltung 1933 leichtes Spiel.¹¹¹ 1940 dienten in der Wehrmacht 32,4% der niedergelassenen Ärzte und 36,7% der Krankenhausärzte.¹¹² Der Unterschied zu den Aufgaben des Ersten Weltkriegs lag allerdings darin, nicht „nur“ Soldaten zu heilen, sondern das deutsche Volk als Ganzes zu stärken und alles „Minderwertige“ zu selektieren.¹¹³ Der Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti beschrieb in einem Artikel in der DMW aus dem Jahr 1942, dass sie dies im dritten Kriegsjahr schon gut erreicht hatten. „Noch kein kriegerisches Ereignis ähnlichen Ausmaßes ist so seuchenfrei geblieben! Keine Gesundheitsgefahr anderer Art hat die Leistungsfähigkeit und Angriffskraft des deutschen Volkes schädigen können.“ Er führte es auf die Arbeit der Ärzte zurück, die auch weiterhin so erfolgreich für die Volksgesundheit kämpfen sollten. Um weiter Ärzte bei Kriegseinsätzen zur Verfügung zu haben, mussten die Bedingungen nach einem solchen Einsatz für die Ärzte lohnend sein. „Es ist selbstverständlich, daß jeder eingezogene Arzt nach dem Siege in seine Praxis zurückkehren kann und ihm jede nur mögliche Hilfe beim Wiederaufbau zur Verfügung stehen wird.“¹¹⁴

Der größte Engpass der zivilärztlichen Versorgung im Kriege war der Ärztemangel selbst. 1936 kamen auf einen Kassenarzt durchschnittlich 1370 Patienten, 1943 waren es bereits 2543 Patienten, und der Mangel steigerte sich bis Kriegsende noch weiter, da immer mehr Ärzte an die Front geschickt wurden.¹¹⁵ An den Krankenhäusern wurden zunächst bei Kriegsausbruch Ärzte aus dem Ausland aus befreundeten Staaten angeworben. Später wurden Ärzte aus besetzten Gebieten gemäß der Notdienstverordnung zwangsverpflichtet.¹¹⁶

Aufgrund des Ärztemangels und des kriegsbedingten hohen Patientendurchlaufs mussten Ärzte mehr Überstunden leisten, bei gleichzeitig schlechterer Ernährung und längeren

¹¹⁰ Vgl. Fahrenbach/ Thom, Gesundheitsführer, 1991, S. 11

¹¹¹ Vgl. Krumeich, Nationalsozialismus, 2010, S. 368

¹¹² Vgl. Kater, Hitlers Helfer, 2002, S. 47

¹¹³ Vgl. Krumeich, Nationalsozialismus, 2010, S. 378

¹¹⁴ Conti, Leonardo.: Zum dritten Kriegsjahre!, in: DMW, 68. Jg., Heft 4 (1942), S. 97

¹¹⁵ Vgl. Frewer, Andreas/ Siedbürger, Günther: Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus, Einsatz und Behandlung von „Ausländern“ im Gesundheitswesen, Frankfurt am Main/ New York 2004, S. 30- 56

¹¹⁶ Vgl. Siedbürger, Günther/ Frewer, Andreas: Zwangsarbeit und Gesundheitswesen im Zweiten Weltkrieg. Einsatz und Versorgung in Norddeutschland, Hildesheim/ Zürich/ New York 2006, S. 86

Arbeitszeiten. Belastende Erfahrungen wie die Versorgung von amputierten Gliedmaßen oder Opfern von Luftangriffen waren auch für niedergelassene Ärzte keine Seltenheit. Aufgrund von Materialknappheit musste viel improvisiert werden. Vermehrt griffen die Ärzte zum Alkohol oder betäubenden Medikamenten. Um den Ärztemangel zu beherrschen, wurden bereits pensionierte Ärzte wieder zur Arbeit verpflichtet.¹¹⁷

Die leistungsfähigsten Ärzte wurden zum Heeresdienst verpflichtet und an die Front geschickt. Im Mai 1940 waren bereits 1/3 aller approbierten Ärzte eingezogen und die Zahl nahm im Verlauf des Krieges bis auf 50% zu. Die nicht einberufenen Ärzte waren häufig sehr alt, 20% waren über 60 Jahre alt. Auch wurden unerfahrene „Hilfskassenärzte“ eingesetzt, die mit ständig wachsenden Aufgaben konfrontiert wurden. Insgesamt konnte eine zivile Krankenversorgung kaum noch aufrecht erhalten werden. Es mangelte den Ärzten an Zeit, so dass nur noch sehr dringende Fälle betreut wurden, und auch für die Überprüfung der Rechtfertigung von Arbeitsunfähigkeitsattesten und Lebensmittelzulagen bei chronischen Erkrankungen blieb keine Zeit. Daher stellten sie diese meist zügig aus, was zu Konflikten mit der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) und der Reichsärztekammer (RÄK) führte. Wegen der Möglichkeit für Lebensmittelzulagen nach einer Erkrankung füllten sich jedoch die Wartezimmer der Ärzte rapide und jeder wollte gerne eine Krankheit attestiert haben, um entsprechende Zulagen zu bekommen. Ärzte verbrachten fast 70% ihrer Arbeitszeit mit Schreibarbeiten und die Behandlungszeit pro Patient lag nur bei durchschnittlich 2 Minuten. Eine regelrechte ärztliche Behandlung war damit nicht mehr gewährleistet. Zudem wurde der Praxisbetrieb laufend durch Bombardierungen gestört. Im März 1944 wurde schließlich im Interesse der Ärzteschaft eine Aufhebung der freien Arztwahl beschlossen.¹¹⁸

Neben der medizinischen Versorgung mussten Ärzte im Nationalsozialismus auch neue Aufgaben z.B. in Bezug auf die Rassenlehre übernehmen. Mit dem 1935 eingeführten Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit brauchten verlobte Paare vor der Eheschließung eine vom Amtsarzt ausgefüllte Eheauglichkeitszulassung. Erst wenn kein „medizinisches“ Hindernis vorlag, durften sie heiraten. Für Soldaten, Wehrbeamte und Einberufene konnte dieses Verfahren teilweise umgangen bzw. beschleunigt werden.¹¹⁹ Auch die Medikamentenversorgung war erschwert. Einerseits wurden Arzneimittel häufiger rezeptpflichtig, was wiederum für den Arzt vermehrte Schreibarbeit bedeutete,

¹¹⁷ Vgl. Kater, Hitlers Helfer, 2002, S. 94-95

¹¹⁸ Vgl. Jütte, Ärzteschaft, 1997, S. 188- 192

¹¹⁹ Gl. Paech/ Trembur: Ärzte und Eheschließung, in: DMW, 68. Jg., Heft 2, (1942), S. 44- 45

andererseits waren bestimmte Medikamente durch den Krieg gar nicht verfügbar. Es wurde versucht, mit einheimischen Grundstoffen dieselben oder ähnliche Medikamente herzustellen. Häufig gelang dies oder die noch vorrätigen Substanzen wurden mit Wasser gestreckt.¹²⁰

Im 19. Jahrhundert bestand das Krankenpflegepersonal vorwiegend aus Schwestern, die zu konfessionellen oder weltlichen Schwesternverbänden gehörten. Sie galten als „engelgleiche, jederzeit geduldige, freundliche und warmherzige Wesen“.¹²¹

Im Nationalsozialismus wurden Frauen vor allem in der Rolle der Mutter gesehen. Sie sollten durch Familiengründung zum Bevölkerungswachstum beitragen und in der Rolle als Mutter aufgehen und nicht anderweitig arbeiten. Wenn aber eine Frau keine Kinder bekommen konnte, so sollte sie doch wenigstens eine „geistige Mutterschaft“ erfüllen, indem sie den Beruf der Krankenschwester ergriff.¹²²

Krankenschwestern waren sogenannte „Gefolgschaftmitglieder“ im Gesundheitswesen. Sie gehörten anfangs zu verschiedenen Verbänden wie Rotes Kreuz, Caritas und Diakonie. Eine Gleichschaltung der Verbände erfolgte im Nationalsozialismus. Als im Jahre 1933 ein Verbot der Kommunistischen Partei Deutschlands (KPD), der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), der freien Gewerkschaften und weiterer Arbeiterorganisationen beschlossen wurde¹²³, waren auch die Krankenschwestern des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) davon betroffen. Sie wurden in das Deutsche Rote Kreuz (DRK) überführt.¹²⁴

1926 wurde die „Schwesternschaft des Roten Hakenkreuzes“ gegründet, die schließlich 1934 in die „NS-Schwesternschaft“ umbenannt wurde. Sie war nun eine Parteiorganisation der NSDAP mit ihrem „Reichsmutterhaus“ in Dresden¹²⁵ und wurde vom Hauptamt für Volksgesundheit organisiert.¹²⁶

¹²⁰ Gl. Banzer, Georg: Arzneiversorgung im Kriege, in: DMW, 68. Jg., Heft 10, (1942), S. 237- 238

¹²¹ Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S. 362-363

¹²² Vgl. Breidung, Birgit: Die Braunen Schwestern, Stuttgart 1998, S. 22

¹²³ Vgl. Wolff, Horst-Peter; Wolff, Jutta: Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte, Frankfurt am Main 2008, S. 229- 230

¹²⁴ Vgl. Riesenberger, Dieter: Das Deutsche Rote Kreuz, Eine Geschichte 1864-1990, Paderborn/ München/ Wien/ Zürich 2002, S. 275

¹²⁵ Vgl. Seidler, Eduard/ Leven, Karl-Heinz: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, Stuttgart 2003, S. 251

¹²⁶ Vgl. Katscher, Lieselotte: Geschichte der Krankenpflege. Ein Leitfaden für den Schwesternunterricht, Berlin 1989, S. 109

Vor Kriegsbeginn wurden die Schwestern durch fünf Krankenpflegeverbände gestellt: das Deutsche Rote Kreuz, die evangelische Diakonie, die katholische Caritas, die NS-Schwesternschaft (Braune Schwestern) und dem Reichsbund freier Schwestern und Pflegerinnen (Blaue Schwestern).¹²⁷ 1941 wurden die beiden letzteren zum NS-Reichsbund Deutscher Schwestern (NSRDS) zusammengeführt, die mit ihren insgesamt 46844 Schwestern der NSDAP unterstanden.¹²⁸ Diese Zusammenführung erweiterte den Einfluss der nationalsozialistischen Führung auf die Schwesternschaften erheblich.¹²⁹ Insgesamt waren in den fünf Organisationen 181394 Schwestern registriert, wobei die katholische Caritas mit allein 70000 Mitgliedern den größten Anteil ausmachte.¹³⁰ Fast drei Viertel aller Krankenschwestern gehörten vor Kriegsbeginn den kirchlichen Krankenpflegeorganisationen an.¹³¹

Bis 1933 gab es mehrere Fachzeitschriften für Krankenpflege, die alle zwangsweise eingestellt werden mussten. Stattdessen wurde nur noch die „Amtliche Zeitschrift der Reichsfachschaft Deutscher Schwestern“ verlegt.¹³² Sie erschien jeden Monat als Pflichtzeitschrift für alle Schwestern.¹³³

In die NS-Schwesternschaft wurden nur staatlich geprüfte Schwestern aufgenommen, die Parteigenossinnen waren oder nachweisen konnten, dass ihre Familie nationalsozialistisch war.¹³⁴ Verheiratete Frauen wurden nicht aufgenommen und Schwestern, die heirateten, wurden entlassen. Dies änderte sich jedoch wegen des Schwesternmangels mit Kriegsbeginn.¹³⁵ Die 3-jährige Ausbildung wurde an den 175 NS-Krankenpflegeschulen angeboten. Sie arbeiteten eng mit dem BDM zusammen, um die nationalsozialistische Weltanschauung bei den jungen Frauen zu verankern.¹³⁶ Die Schwesternschülerinnen lebten in Internaten, die der weltanschaulichen Erziehung der Nationalsozialisten in Bezug auf Gemeinschaft und Kameradschaft entsprachen.¹³⁷ Die theoretische Ausbildung wurde von Ärzten übernommen und auch naturheilkundliche

¹²⁷ Vgl. Wolff, Horst-Peter; Wolff, Jutta: Geschichte der Krankenpflege, Basel/Eberswalde, 1994, S. 216

¹²⁸ Vgl. Wolff/ Wolff, Krankenpflege, 2008, S. 232- 233

¹²⁹ Vgl. Breidung, Schwestern, 1998, S. 166- 167

¹³⁰ Vgl. Seidler/ Leven, Medizin, 2003, S. 253

¹³¹ Vgl. Fahrenbach/ Thom, Gesundheitsführer, 1991, S. 39

¹³² Vgl. Wolff/ Wolff, Krankenpflege, 2008, S. 233

¹³³ Vgl. Katscher, Schwesternunterricht, 1989, S. 111

¹³⁴ Vgl. Scholz, Albrecht/ Heidel, Caris- Petra/ Lienert, Marina: Vom Stadtkrankenhaus zum Universitätsklinikum. 100 Jahre Krankenhausgeschichte in Dresden, Köln 2001, S. 126

¹³⁵ Vgl. Breidung, Schwestern, 1998, S. 64- 65

Zu Kriegszeiten wurden wegen des Schwesternmangels dann aber die Anfragen von verheirateten Frauen nicht mehr arbeiten zu müssen abgelehnt.

¹³⁶ Vgl. Seidler/ Leven, Medizin, 2003, S. 240, 251- 252

¹³⁷ Vgl. Wolff/ Wolff, Krankenpflege, 2008, S. 235, 240

Aspekte sowie Rassenhygiene und Erbbiologie wurden unterrichtet.¹³⁸ Im September 1938 entstand ein neues „Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege“, wonach die mittlerweile auf eineinhalb Jahre verkürzte Ausbildung nur noch an anerkannten NS-Krankenpflegeschulen stattfinden durfte. Es gab ein vorgeschriebenes Lehrbuch und neue Fächer wie „Weltanschauliche Schulung, Erb- und Rassenkunde bzw. -pflege und Bevölkerungspolitik“ wurden unterrichtet. Ca. 20% des Ausbildungsinhaltes war ideologischen Themen gewidmet, wodurch das Erlernen von praktischen Fertigkeiten reduziert wurde. Aufnahmebedingungen der Schwesternschülerinnen waren die Vollendung des 18. Lebensjahres, eine arische Abstammung, ein politisches Führungszeugnis, ein Volksschulabschluss und eine einjährige hauswirtschaftliche Beschäftigung. Dies spiegelt das zur NS-Zeit vorherrschende Leitbild der Frauen ebenfalls wider.¹³⁹ Im Ausbildungsunterricht wurden Themen wie die „NS-Gesetzgebung“, das „Deutschtum im Ausland“, das „Parteiprogramm“, „Die wichtigsten Fragen zur Außenpolitik“, die „Volkswirtschaft“, „Erb- und Rassenpflege“ und weitere behandelt.¹⁴⁰

Nach der Ausbildung mussten die NS-Schwester einen Treue-Eid leisten. Sie arbeiteten nicht mehr nur in der Gemeindepflege, sondern auch in Schutzstaffel (SS)- Lazaretten, in sog. Adolf-Hitler-Aufbauschulen und in SS-Entbindungsheimen.¹⁴¹ Ebenso stellten sie an Reichsparteitagen den Rettungsdienst.¹⁴² Sie sollten nationalsozialistische Aspekte in die Gesundheitspflege bringen und zugleich erzieherisch auf die Patienten und die Bevölkerung einwirken.¹⁴³ An der Seite der Ärzte warben sie für gesunde Lebensführung und Vorsorge. Durch die Arbeit in der Krankenpflege und Mütterhilfe gewannen sie besonderes Vertrauen bei der Bevölkerung und hatten zudem guten Einblick in die Familien. Sie waren verpflichtet, familiäre Erb leiden an das Gesundheitsamt zu melden. Durch die ständige Anwesenheit und den Kontakt zu den Patienten spielten sie eine große Rolle bei der Gesundheitsführung.

¹³⁸ Vgl. Scholz/ Heidel/ Lienert, Krankenhausgeschichte, 2001, S. 125- 127

¹³⁹ Vgl. Wolff/ Wolff, Krankenpflege, 2008, S. 231, 242- 243

¹⁴⁰ Gaida, Ulrike: Zwischen Pflegen und Töten, Krankenschwestern im Nationalsozialismus. Einführung und Quellen für Unterricht und Selbststudium, Frankfurt am Main, 2006, S. 33- 34

¹⁴¹ Vgl. Seidler/ Leven, 2003, S. 252. Treueeid: „Ich schwöre Adolf Hitler, meinem Führer, unverbrüchliche Treue und Gehorsam. Ich verpflichte mich, an jedem Platz, an den ich gestellt werde, meine Berufsaufgaben als nationalsozialistische Schwester treu und gewissenhaft im Dienste der Volksgemeinschaft zu erfüllen, so wahr mir Gott helfe.“

¹⁴² Vgl. Katscher, Schwesternunterricht, 1989, S. 110

¹⁴³ Vgl. Riesenberger, Rote Kreuz, 2002, S. 286

Schwwestern aus anderen Verbänden durften nicht zu den NS-Schwwestern übertreten, was deren elitären Charakter stärkte.¹⁴⁴ Sie standen in Konkurrenz zu den DRK-Schwwestern, die an der vordersten Front arbeiteten und einen kompetenteren Ruf genossen.¹⁴⁵ Diese wurden allgemein als „Wehrmachtsschwwestern“ betitelt und mussten daher auch an diversen Wehrmachtsübungen teilnehmen.¹⁴⁶ Sie kümmerten sich um die Verwundetenpflege in Lazaretten und bei der Luftwaffe ebenso wie auf Lazarettschiffen und –zügen.¹⁴⁷ Das DRK wollte als eigenständige Organisation im internationalen Rotkreuzverband verbleiben, wurde aber im Wesentlichen doch durch das nationalsozialistische Regime bestimmt. Seit 1934 war Hitler der Schirmherr des DRK.¹⁴⁸

Um die medizinische Versorgung im Krieg, sowohl im zivilen Bereich als auch an der Front, sicherzustellen, sollten jährlich 15000 bis 20000 neue Schwwestern ausgebildet werden. Realisierbar waren aber nur etwa 4000 Ausbildungsplätze. Die Kliniken, die Schwwesternschülerinnen ausbildeten, hatten wirtschaftliche Vorteile, da die Schülerinnen gegen geringeren Lohn arbeiteten.¹⁴⁹ Um den hohen Bedarf an Pflegepersonal zu decken, bildete das DRK notdürftig „freiwillige“ Krankenpfleger/innen aus. Die Ausbildung einer „Samariterin“ dauerte 20 Doppelstunden in praktischem und theoretischem Unterricht. Weitere 20-30 Doppelstunden Unterricht sowie eine 3-monatige Tätigkeit im Krankenhaus mussten für die Ausbildung als Helferin absolviert werden. So stieg die Zahl der Hilfskräfte 1933 von 28048 auf 81298 Helfer/innen im Jahr 1935 an. Zusätzlich wurden ab 1938 nun auch die Medizinstudentinnen verpflichtet, dem DRK beizutreten und eine Grundausbildung von 20 Doppelstunden abzuleisten. Vor Studienbeginn mussten sie 6 Monate in der Pflege arbeiten. Trotzdem fehlten weiterhin Pflegekräfte, so dass ab September 1942 sogar wieder „Mischlinge zweiten Grades“ für die Krankenpflege eingesetzt wurden.¹⁵⁰ Schwwestern, die jüdischer Abstammung waren, wurden jedoch schon 1933 entlassen und in den Folgejahren häufig deportiert.¹⁵¹

¹⁴⁴ Vgl. Breidung, Schwwestern, 1998, S. 59, 222- 223, 227- 228

¹⁴⁵ Vgl. Wolff/ Wolff, Krankenpflege, 2008, S. 236

¹⁴⁶ Vgl. Seithe, Horst/ Hagemann, Frauke: Das Deutsche Rote Kreuz im Dritten Reich (1933- 1939), Frankfurt am Main 1993, S. 191, 194

¹⁴⁷ Vgl. Arias, Ingrid: Im Dienste der Volksgesundheit, Frauen – Gesundheitswesen - Nationalsozialismus, Wien 2006, S. 99

¹⁴⁸ Vgl. Riesenberger, Rote Kreuz, 2002, S. 291, 298

¹⁴⁹ Vgl. Fahrenbach/ Thom, Gesundheitsführer, 1991, S. 42

¹⁵⁰ Vgl. Riesenberger, Rote Kreuz, 2002, S. 299, 310- 311, 323

¹⁵¹ Vgl. Seidler/ Leven, Medizin, 2003, S. 254

Für Schwestern, die an der Front arbeiteten, waren die psychischen und physischen Belastungen sehr stark. Die Suizidrate war deutlich erhöht.¹⁵² Ebenso gab es Schwestern, vor allem „Braune“ und „Blaue“ Schwestern, die Ärzte bei ihren Menschenversuchen in Konzentrationslagern unterstützten.¹⁵³

In der Krankenpflege waren vorwiegend Frauen beschäftigt. Männliche Krankenpfleger machten von 1928-1938 nur einen Anteil von 16-19% aus.¹⁵⁴ Sie mussten vor allem körperlich schwerere Arbeiten als Krankenträger, Anatomiediener, Operationsgehilfen und Arbeiten im Sanitätsdienst des Heeres verrichten. Waren sie im wehrdienstfähigen Alter, wurden sie direkt dem Sanitätsdienst der Truppe während des Zweiten Weltkrieges zugewiesen.¹⁵⁵

Die DRK-Schwesternschaft kooperierte offen mit den Nationalsozialisten und bereitete aktiv den Zweiten Weltkrieg mit vor. Durch die Krankenpflege konnten sehr viele Frauen für die mittelbare Teilnahme am Krieg gewonnen werden.¹⁵⁶ Die Mehrzahl der Krankenschwestern fügte sich den führenden politischen Einstellungen. Die Schwestern sollten zwar auch ihre Aufgabe als Helferinnen erfüllen, aber gleichzeitig „Siegeswillen ausstrahlen“ und vor allem mithelfen, dass Verletzte schnell aus den Hospitälern entlassen werden konnten. Damit unterstützten und verlängerten sie einerseits den Krieg, hielten jedoch andererseits die medizinische Versorgung aufrecht.¹⁵⁷

3 Die Chirurgische Universitätsklinik Marburg

3.1 Umbau, Zerstörung und Wiederaufbau der Chirurgischen Universitätsklinik Marburg

Schon der Vorgänger des Direktors der Chirurgischen Klinik, Ernst Küster (*02.11.1839, †19.04.1930), hatte sich über Platzmangel in der Chirurgischen Klinik am Pilgrimstein

¹⁵² Vgl. Riesenberger, Rote Kreuz, 2002, S. 317- 321, 324- 325

¹⁵³ Vgl. Breidung, Schwestern, 1998, S. 310- 312

¹⁵⁴ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, III. Gesundheitswesen 1876- 1970 4. Hebammen, Krankenschwestern- und pfleger

¹⁵⁵ Vgl. Seidler/ Leven, Medizin, 2003, S. 251- 255

¹⁵⁶ Vgl. Seithe/ Hagemann, Rote Kreuz, 1993, S.197

¹⁵⁷ Vgl. Fahrenbach/ Thom, Gesundheitsführer, 1991, S. 41- 49

beschwert. Im Jahr 1890 erhielt E. Küster dann die Zustimmung vom Kultus- und Finanzministerium für den Neubau einer Chirurgischen Klinik. Dieser wurde auf der Südspitze der Lahninsel erbaut.¹⁵⁸ Der Bauplan gewann 1893 in Chicago bei der damaligen Weltausstellung eine Goldmedaille.¹⁵⁹ Bis 1896 entstanden die durch Gänge miteinander verbundenen vier Hauptgebäude mit getrenntem Frauen- und Männerbau. Es war das erste Krankenhaus Deutschlands, das nach dem Pavillonsystem erbaut wurde. Die Räumlichkeiten sollten viel Licht und Luft hereinlassen. In den 4 Krankensälen waren jeweils 24 Betten vorgesehen. Neben 12 Einzelzimmern gab es Räumlichkeiten für Patienten mit ansteckenden Krankheiten.

Ernst Küster folgten als Direktoren dieser neuen Klinik Hermann Küttner (*10.10.1870, †10.10.1932), Leopold Friedrich (*26.01.1864, †15.01.1916), Fritz König (*30.05.1866, †16.08.1952), Nicolai Guleke (*25.05.1878, †04.04.1958), Arthur Läwen (*06.02.1867, †30.01.1958) und schließlich 1928 Rudolf Klapp. 1911 wurden Erweiterungsbauten wie ein Röntgenzimmer, Sterilisationsraum, orthopädische Werkstatt und ein mechanischer Übungssaal hinzugefügt sowie 1914 ein aseptischer Operationstrakt. Während des Ersten Weltkrieges fungierte die Chirurgische Klinik als Reservelazarett mit durchschnittlich 250 belegten Betten.¹⁶⁰

Mit dem Amtsantritt von Rudolf Klapp im Jahre 1928, der auf Grund seiner von ihm entwickelten Drahttextensionsmethode einen sehr guten Ruf genoss, schickten die Berufsgenossenschaften immer mehr Patienten in seine Klinik. Auch konnte ihnen eine gute Nachbehandlung geboten werden, nachdem eine Krankengymnastikabteilung eröffnet worden war. Klapp lehnte jede Art von mechanischer Nachbehandlung ab und setzte sein Hauptaugenmerk auf Turnübungen, die als vorbildlich galten.¹⁶¹ Seit April 1931 wurde die Marburger Chirurgische Klinik außerdem als Massageschule anerkannt und durfte staatlich geprüfte Masseure ausbilden.¹⁶²

¹⁵⁸ Vgl. Rohde, Henning/ Pelzl, Herbert/ Troidl, Hans: Die Chirurgische Klinik der Philipps- Universität Marburg in historischer Sicht, Marburg 1971, S. 22-23

¹⁵⁹ Vgl. Aumüller, Gerhard: Von der Kriegschirurgie zur klinischen Traumatologie. Die Entwicklung der Marburger Chirurgie unter Rudolf Klapp (1873- 1949) in: Zeitschrift des Vereins für hessische Geschichte und Landeskunde e.V.: Die Philipps- Universität Marburg zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus. Hollenberg, Günther/ Schwersmann, Aloys (Hrsg.), Kassel 2006, S. 184-185

¹⁶⁰ Vgl. Rohde/ Pelzl/ Troidl, Marburg 1971, S. 25-30. Hermann Küttner: Direktor vom 1.4.1907- 1.7.1907; Leopold Friedrich: Direktor von 1907-1.10.1911; Fritz König: Direktor von 1911-1918; Nicolai Guleke: Direktor von 1918-1919; Arthur Läwen: Direktor vom 1.1.1920-1927; Rudolf Klapp: Direktor von 1928-1944

¹⁶¹ Vgl. Schnack, Ingeborg: Marburger Gelehrte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, Marburg 1977, S. 264

¹⁶² Vgl. Universitätsarchiv der Philipps-Universitäts Marburg (UniA Marburg) Bestand (Best.) 305a Acc. 1975/79 und 1976/19 Nr. 778

Durch die ständige Überbelegung der Betten bis zu 175% in den frühen 1930er Jahren war der Bau einer neuen Chirurgischen Klinik unumgänglich. Direktor Klapp forderte Räumlichkeiten für 238 Betten, doch er musste sich schließlich mit dem Ministerium auf 210 Betten einigen. Für den Bau der neuen Klinik wurden 1,5 Millionen Reichsmark (RM) veranschlagt.¹⁶³

Seit 1935 standen die Planungen für den Erweiterungsbau der Marburger Chirurgischen Klinik fest. Es sollte eine Küche, die 900 Menschen täglich versorgen konnte, neu erbaut werden mit Integration einer Diätküche. Ebenso war der Bau eines eigenen Röntgentherapieinstituts vorgesehen sowie eine zentrale Heizungs-, Warmwasser- und Dampfversorgungsanlage.¹⁶⁴ Insgesamt waren 3 Männer-, 2 Frauen- und eine Kinderstation geplant. Außerdem waren Gymnastikräume, ein Hörsaalgebäude, eine Bäderabteilung, die Poliklinik, das aseptische Operationsgebäude, Räume des Direktors, ein Tierstall, ein Kesselhaus und Garagen vorgesehen. Insgesamt wollte man somit die Kapazität von 132 auf über 200 Betten erweitern.¹⁶⁵ Das Baukonzept entsprach dem Zeitgeist. Die Klinik sollte hell und mit vielen Terrassen und Veranden ausgestattet sein. Die Zimmer wurden möglichst nach Süden ausgerichtet, die großen Krankensäle abgeschafft. Sie sollten nur mit 3- 6 Betten pro Zimmer eingerichtet sein.¹⁶⁶ Ein Quarantänebau wurde 1937 separat erstellt. Darin waren 10 Betten für Krebskranke mit jauchenden oder zerfallenden bösartigen Geschwülsten, 6 Betten für „Kranke mit widernatürlichen Leibesöffnungen“ sowie 6 Betten für Patienten, die zwangssterilisiert werden sollten, und delirante Kranke vorgesehen.¹⁶⁷ Zunächst wurde eine Krankenbaracke nahe der Klinik erbaut¹⁶⁸, sodass während der langjährigen Um- und Erweiterungsphase der Klinikbetrieb fast uneingeschränkt fortgeführt werden konnte. Trotzdem gab es Kapazitätsengpässe, da neben den Betten für die Zivilbevölkerung ab 1939 auch noch 150 Militärbetten zur Verfügung stehen mussten. Wegen einer 1940 verhängten Bausperre zog sich der Umbau immer weiter in die Länge. Mit einer Ausnahmeregelung vom Gebietsbeauftragten durften schließlich das Operationsgebäude

¹⁶³ Vgl. Aumüller, Gerhard, *Kriegschirurgie*, Kassel 2006, S. 188-190

¹⁶⁴ Bundesarchiv (BA) Berlin Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung Bd. 2 Bestand (Best.) R 4901 Nr. 2082: Chirurgische Klinik. Bau und Reparaturen. April 1935- Dezember 1941; am 25.5.36 Kurator der Universität an Herrn Ministerialrat Dr. Schindowski, preußisches Finanzministerium

¹⁶⁵ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 2001: Chirurgische Klinik 1930-1939; Sonderkassenanschlag 1939

¹⁶⁶ Vgl. Aumüller, *Kriegschirurgie*, Kassel 2006, S. 190

¹⁶⁷ Vgl. BA Berlin Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung Bd. 2 Bestand R 4901 Nr. 2082: Chirurgische Klinik. Bau und Reparaturen. April 1935- Dezember 1941; am 2.2.37 Direktor der Chirurgischen Klinik an den Universitätskurator

¹⁶⁸ Vgl. Aumüller, *Kriegschirurgie*, Kassel 2006, S. 190

und das Röntgeninstitut weitergebaut werden. Doch kurze Zeit später wurden auch diese Baumaßnahmen plötzlich wieder eingestellt.¹⁶⁹ 1939 beliefen sich die Kosten des Umbaus bereits auf 1,8 Millionen RM ohne annähernde Fertigstellung.¹⁷⁰

Durch den Krieg gehörte Fliegeralarm zum alltäglichen Leben der Marburger. Patienten, die im Krankenhaus lagen, wurden bei Alarm mit dem Bett in den Keller transportiert, was sehr aufwändig war.¹⁷¹ Der Luftschutzkeller der Chirurgischen Klinik machte schon beim Erbauen Schwierigkeiten. Durch die Nähe der Klinik zur Lahn waren bei Hochwasser der Keller und das ganze Erdgeschoss nicht nutzbar.¹⁷²

1943 wurden Ausweichunterkünfte eingerichtet, um die Patientenversorgung aufrecht zu erhalten, falls die Kliniken durch den Krieg zerstört würden. Die Chirurgische Klinik sollte in diesem Fall in das Wehrtüchtigungslager und die Volksschule in Wetter nördlich von Marburg verlegt werden.¹⁷³

Am 22. Februar 1944 wurde Marburg erstmalig rund um den Bahnhof bombardiert. Da die Chirurgische Klinik in unmittelbarer Nähe des Bahnhofes lag, wurde sie schwer getroffen. Insgesamt sind bei diesem Bombenangriff fast 100 Marburger getötet worden. Augenzeugen berichteten, dass die Flugzeuge im Tiefflug genau über den roten Kreuzen der Krankenhäuser die Bomben fallen ließen.¹⁷⁴ Durch die Zerstörung vieler Gebäude der Chirurgischen Klinik wurde die Bettenzahl auf 120 minimiert.¹⁷⁵ Schwer beschädigt wurden vor allem die Gebäude mit den Operationssälen, der Frauenstation, des Hörsaales und der Poliklinik. Insgesamt starben 28 Personen, die sich in der Klinik aufhielten (12 Angehörige des Klinikpersonals und 16 Patienten)¹⁷⁶, und weitere 53 Menschen wurden verletzt. 33 der Verletzten gehörten dem Personal an, unter ihnen auch ein Arzt.¹⁷⁷ Eine Krankengymnastin, die in der Chirurgischen Klinik arbeitete, berichtete, dass die

¹⁶⁹ Vgl. BA Berlin Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung Bd. 2 Best. R 4901 Nr. 2082: Chirurgische Klinik. Bau und Reparaturen. April 1935- Dezember 1941; am 30.4.40 Reichsminister Todt an preußischen Finanzminister; 22.7.40, Vorstand des preußischen Hochbauamtes I an den Universitätskurator

¹⁷⁰ Vgl. Aumüller, Kriegschirurgie, Kassel 2006, S. 190

¹⁷¹ Vgl. Bimmer, Andreas C./ Brand, Joachim/ Dehnert, Walter/ Eidam, Elke/ Foltin, Hans-Friedrich/ Grasberger, Regine/ Grathoff, Angela/ Hoffmann, Henri/ Hoffmann, Petra/ Jost, Herbert/ Stamm, Irmgard/ Volkmann, Jürgen: Alltagsleben im Krieg. Marburgerinnen erinnern sich an den Zweiten Weltkrieg. Marburg 1985, S. 18

¹⁷² Vgl. Schnack, Marburger Gelehrte, 1977, S. 267-268

¹⁷³ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 871: Luftschutz, Ausweichunterkünfte für die Marburger Universitätskliniken im Katastrophenfall, Landrat Krawielitzki am 22.8.43 an Regierungspräsident, Blatt 86

¹⁷⁴ Vgl. Bimmer/ Brand/ Dehnert et al., Alltagsleben, 1985, S. 5- 6, 55

¹⁷⁵ Vgl. UniA Marburg Best. 310 1975/42 Nr. 660: Bettenzahlen der Kliniken Stand Februar 44

¹⁷⁶ Vgl. Rohde/ Pelzl/ Troidl, Chirurgische Klinik, 1971, S. 33

¹⁷⁷ Gl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 717: Verleihung des Kriegsverdienstkreuzes und der Kriegsverdienstmedaille sowie des Ehrenzeichens für deutsche Volkspflege 1940-44, Liste der Gefallenen und Verwundeten, Stand 28.2.1944, Blatt 152a

Krankenhausmitarbeiter ihr Bestes taten, um die Patienten schnell aus den Trümmern zu bergen und sie wiederzubeleben.¹⁷⁸ Die Ärzte der Chirurgischen Klinik wurden daher für das Kriegsverdienstkreuz 1. Klasse vorgeschlagen, da sie stets bei der Organisation der Luftschutzeinrichtungen der Klinik mitgeholfen hatten. Nach dem Bombenangriff vom Februar 1944 hatten sie die chirurgische Versorgung vorbildlich aufrechterhalten.¹⁷⁹

Teile der Chirurgischen Klinik mit ihrem Reservelazarett wurden auch in das Gymnasium Philippinum an der Untergasse und in Baracken in der Nähe des Sanatoriums Sonnenblick ausgelagert.¹⁸⁰ Dadurch fand endlich eine Dezentralisation des gefährdeten Gebiets rund um den Bahnhof statt, die von Direktor Klapp schon seit längerer Zeit nachdrücklich gefordert worden war, aber erst nach dem Bombenangriff vollzogen wurde.¹⁸¹ Zwei Massivbaracken und eine Wirtschaftsbaracke wurden der Universität Marburg vom Reichsminister für Rüstung und Kriegsproduktion in Berlin zugeordnet, die am Sanatorium Sonnenblick aufgestellt wurden. Dort waren sie besser vor Fliegerangriffen geschützt, und die Operationssäle und Röntgengeräte des Sanatoriums durften mitbenutzt werden. 120 Krankenbetten, vor allem für die Wehrmachtsangehörigen, hätten so kurzfristig bereitgestellt werden können. Doch wegen Lieferschwierigkeiten konnten zunächst nur eine Massivbaracke und die Wirtschaftsbaracke geliefert werden. Wegen der Zerstörung der Chirurgischen Klinik fehlte es seitdem auch an ausreichenden Luftschutzräumen, sodass bei Fliegeralarm viele Patienten nicht mehr evakuiert werden konnten.¹⁸²

Die Gebäudeschäden der Chirurgischen Klinik sollten schnell beseitigt und die Baracken fertiggestellt werden. Doch der Bau-Fortschritt war nicht befriedigend, da es auf Grund des Krieges an Facharbeitern, Baustoffen und Fahrzeugen bzw. Kraftstoff fehlte.¹⁸³ Rund

¹⁷⁸ Vgl. Bimmer/ Brand/ Dehnert et. al, Alltagsleben, 1985, S. 55

¹⁷⁹ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 717: Verleihung des Kriegsverdienstkreuzes und der Kriegsverdienstmedaille sowie des Ehrenzeichens für deutsche Volkspflege 1940-44, Vorschläge zur Verleihung des Kriegsverdienstkreuzes 1. Klasse oder Schwerter aus Anlaß des Terrorangriffs auf Marburg am 22.2.1944, Blatt 191. Die Chirurgen Lauber, Mondry, Klapp (Bernhard), Studemeister, Becker, Heinrich, Schulmeyer und Thon wurden allesamt mit der gleichen Begründung vorgeschlagen

¹⁸⁰ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 719: Unabkömmlichkeitsstellung von Angehörigen der Universität Marburg, Direktor der Chirurgischen Klinik am 20.6.1944 an Herrn Universitätskurator

¹⁸¹ Vgl. UniA Marburg Best. 305a Acc. 1975/79 und 1976/19 Nr. 935: Terrorangriff am 22. Februar 1944 auf Marburg/Lahn, Direktor der Chirurgischen Universitäts-Klinik am 24.2.44 an seine Magnifizenz, den Herrn Rektor der Philippsuniversität Marburg, Blatt 23 VS

¹⁸² Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4309, Bd. 4: Schriftwechsel über den Terrorangriff auf die Marburger Universitäts- Kliniken und Institute am 22.2.1944, Universitätskurator am 15.1.1945 an stellvertretenden Standortarzt Herrn Oberstabsarzt Prof. Dr. Langelüddecke

¹⁸³ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4309, Bd. 4: Schriftwechsel über den Terrorangriff auf die Marburger Universitäts- Kliniken und Institute am 22.2.1944, Vorstand des Preußischen

70 italienische Kriegsgefangene mussten als Bauhilfsarbeiter beim Wiederaufbau helfen. Sie waren in einem Saal der Medizinischen Klinik untergebracht und wurden von der Zentralküche der Chirurgischen Klinik gepflegt.¹⁸⁴

Im Februar 1945 war die Chirurgische Klinik so gut wie fertiggestellt, wurde jedoch am 5. März 1945 durch einen weiteren Bombenangriff erneut teilweise zerstört. Der Wiederaufbau zog sich von Kriegsende bis 1951 hin.¹⁸⁵ Beim zweiten Angriff waren das Hörsaalgebäude, darunter liegende Operationsräume und der rechte Krankenflügel mit der Frauenstation stark beschädigt worden.¹⁸⁶ Es stand nur noch ein kleiner ausgelagerter Operationssaal im Keller des Philippinum-Gymnasiums zur Verfügung. Hunderte Patienten mussten auf Operationen warten. In der benachbarten Deutschhausklinik wurden 100 Militärbetten errichtet, um die Versorgung einigermaßen zu sichern.¹⁸⁷ Für die Zivilbevölkerung standen insgesamt noch 179 Betten zur Verfügung, zum Teil in nicht zerstörten Gebäuden der Chirurgischen Klinik und im ATV-Haus, dem Domizil einer akademischen Turnverbindung.¹⁸⁸

3.2 Die Chirurgische Universitätsklinik Marburg im Krieg

Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges wurde nicht nur der Bau der Chirurgischen Klinik abgebrochen bzw. verzögert, sondern auch viele Assistenzärzte und Krankenpflegepersonal wurden zum Heer eingezogen.¹⁸⁹ Die Verpflegungssätze lagen 1938 bei 10 RM in der 1. Klasse, bei 6,50 RM in der 2. Klasse und bei nur 3,50 RM in der 3. Klasse.¹⁹⁰

Sechs Kliniken der Marburger Universität mit insgesamt 420 Betten wurden als Reservelazarette der Wehrmacht genutzt. Die Chirurgische Klinik war mit allein 180

Staatshochbauamtes I am 27.2.45 an Herrn Universitätskurator durch Herrn Regierungspräsidenten in Kassel

¹⁸⁴ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4309, Bd. 2: Schriftwechsel über den Terrorangriff auf die Marburger Kliniken und Institute am 22.2.44, Vorstand des Preußischen Staatshochbauamtes I am 5.5.1944 an Herrn Universitätskurator

¹⁸⁵ Vgl. Rohde/ Pelzl/ Troidl, Chirurgische Klinik, 1971, S. 33

¹⁸⁶ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4309, Bd. 4: Schriftwechsel über den Terrorangriff auf die Marburger Universitäts- Kliniken und Institute am 22.2.1944, Vorstand des Preußischen Staatshochbauamtes I an Herrn Oberbürgermeister als Leiter der Sofortmaßnahmen

¹⁸⁷ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 1017: Um- und Erweiterungsbau der Chirurgischen Klinik 1944-52, Wiedhopf am 11.4.45

¹⁸⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 1017: Um- und Erweiterungsbau der Chirurgischen Klinik 1944-52, Wiedhopf am 9.8.45 an Kurator

¹⁸⁹ Vgl. Schnack, Marburger Gelehrte, 1977, S. 267

¹⁹⁰ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 2000/2001: Akten betr. die Chirurgische Klinik 1930-39, Blatt 137

Betten Marburgs größtes Reservelazarett. Durch die Entschädigungsvereinbarung vom 20.3.1940 zwischen Wehrmacht und Universität lag der Tagessatz bei 4 RM pro Bett und einer Nebenkostenpauschale von 1,50 RM. Die Medikamente und das Pflegepersonal wurden vom Heer gestellt.¹⁹¹ Von den insgesamt 5112 stationär behandelten Patienten 1942 gehörten 1284 Patienten der Wehrmacht an.¹⁹²

Da die Marburger Kliniken mit den Reservelazaretten zu den kriegswichtigen Betrieben gehörten und jederzeit nutzbar sein mussten, erhielten sie einen Sonderstatus bei der Stromzuteilung. In anderen Gebäuden mussten Sparmaßnahmen greifen, wozu auch Einschränkungen im Stromverbrauch gehörten.¹⁹³

Die Chirurgische Klinik hatte 1940 eine Kapazität von insgesamt 377 Betten.¹⁹⁴ Für die Wehrmacht wurden kontinuierlich ca. 240 Betten vorgehalten. 5% der Wehrmachtsbetten mussten für Kriegsgefangene bereitgehalten werden. Dies entsprach ungefähr 12 Betten, die aber gesondert in einer Sektionsbaracke aufgestellt werden sollten.¹⁹⁵ Die Zahl der Betten im Reservelazarett stieg stetig im Laufe des Krieges. Insgesamt wurden in der Chirurgischen Klinik zusätzlich 100 Betten für das Reservelazarett benötigt, was auf Kosten der zivilen Versorgung ging. Es kam dauerhaft zu Überbelegungen. Daneben sank durch Einberufungen in den Kriegsdienst die Zahl der Ärzte und Krankenschwestern bei gleichzeitig steigender Patientenzahl. Ein Arzt musste z.B. 1942 doppelt so viele Patienten wie vor dem Krieg behandeln.¹⁹⁶ In der Chirurgischen Klinik wurden zur Personalentlastung auch Zwangsarbeiter beschäftigt. Zehn sogenannte Ostarbeiterinnen wurden als „Wäschereihilfsarbeiterinnen“ eingesetzt.¹⁹⁷ Weitere Zwangsarbeiter haben in der Augen-, Frauen-, Haut-, Kinder- und Ohrenklinik gearbeitet. 38% von ihnen stammten aus Westeuropa.¹⁹⁸

¹⁹¹ Vgl. BA, Best. 49.01, Bd. 2, Nr. 2004, Abt. X No. 38. Reservelazarett I: chirurgische Klinik (180 Betten); Reservelazarett II: Medizinische Klinik (100 Betten); Reservelazarett III: Nervenlinik (35 Betten), Augenklinik (25 Betten), HNO (25 Betten), Hautklinik (55 Betten).

¹⁹² Vgl. UniA Marburg Best. 310 1983/15 Nr. 4310: Die Universitätskliniken 1939-46, Bl. 213: Im Rechnungsjahr 1942 behandelte stationäre Patienten

¹⁹³ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 715, Kurator der Universität Marburg am 18.1.1940 Nr. 308 an die Industrie- und Handelskammer in Kassel, Blatt 97

¹⁹⁴ Vgl. UniA Marburg Best. 310 1983/15 Nr. 4310: Die Universitätskliniken 1939-46, Bl. 22: 22.3.1940: Liste der Universitätskliniken mit Bettenzahl

¹⁹⁵ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 1019: Um- und Erweiterungsbau der Chirurgischen Klinik 1935-40, Blatt 308, 12.6.40

¹⁹⁶ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 581-582

¹⁹⁷ HStAM Best. 336/1 Nr. 152: 26.11.1942, Liste der eingetroffenen zehn Ostarbeiterinnen

¹⁹⁸ Vgl. Brandes, Karin/ Brinkmann-Frisch, Fritz/ Form et al.: Zwangsarbeit in Marburg 1939 bis 1945. Geschichte, Entschädigung, Begegnung, (Marburger Stadtschriften zur Geschichte der Kultur, Band 80), Marburg 2005, S. 101

Klapp war neben seiner Tätigkeit als Klinikdirektor zudem Beratender Chirurg der Wehrmacht im Wehrkreis IX (von Gießen bis Erfurt).¹⁹⁹ Dafür musste er in diesem Gebiet alle dort tätigen Sanitätsoffiziere mit Rat und Tat unterstützen.²⁰⁰ Für diese Aufgabe kamen ihm seine kriegschirurgischen Erfahrungen aus dem Ersten Weltkrieg zugute. Neben der Lazarettarbeit war er aber auch weiterhin für die zivilen Marburger Patienten zuständig.²⁰¹

Im Februar 1944 wurde vom Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung festgelegt, dass ein Assistenzarzt rund 50 Patienten zu versorgen hatte. Da Jungärzte neben der starken Belastung ihre eigene Ausbildung nicht vernachlässigen sollten, wurden sie zusätzlich von ausgewählten Studenten unterstützt.²⁰²

Selbst nach Ende des Zweiten Weltkrieges überstieg die Zahl der „Wehrmachtsbetten“ im Juni 1945 mit 413 noch die der zivilen 163 Betten.²⁰³ Erst nach Kriegsende im Juli 1945 normalisierte sich die Lage. Die Chirurgische Klinik war zwar noch voll ausgelastet, aber nicht mehr überlastet.²⁰⁴

3.3 Die chirurgische Praxis im Krieg. Klapps Vorschlag zu Sparmaßnahmen in der Chirurgischen Klinik im Zuge des Vierjahresplans (1936-1940)

Beim sogenannten Vierjahresplan handelte es sich um eine zunächst geheime Denkschrift Hitlers, die dann nach konkreterer Ausarbeitung durch in der Mehrheit I.G.-Farben-Mitarbeiter im Oktober 1936 veröffentlicht wurde, nachdem sich abzeichnete, dass mit der derzeitigen Wirtschaftspolitik die Aufrüstung Deutschlands nicht schnell genug und nicht in gewünschtem Ausmaß zu erreichen war.²⁰⁵ Es sollte eine größtmögliche Unabhängigkeit der deutschen Wirtschaft vom Ausland erreicht werden, um im

¹⁹⁹ Vgl. Schnack, Marburger Gelehrte, 1977, S. 267-268

²⁰⁰ Vgl. Behrendt: Die Kriegschirurgie von 1939- 1945 aus der Sicht der Beratenden Chirurgen des deutschen Heeres im Zweiten Weltkrieg, 2004, S. 17

²⁰¹ Vgl. Schnack, Marburger Gelehrte, 1977, S. 267-268

²⁰² Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 668: Übersichten über den ärztlichen Personalbestand an den Kliniken und Instituten 1944/45 am 29.2.44 an den Kurator vom Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung

²⁰³ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4310 BI. 287: Belegungszahlen der Kliniken 1.6.45

²⁰⁴ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4310 BI. 288, Belegbare und belegte Betten: 189 zivile Betten und 209 für die Wehrmacht. Diese waren alle belegt.

²⁰⁵ Vgl. Petzina, Dieter: Autarkiepolitik im Dritten Reich. Der nationalsozialistische Vierjahresplan, Stuttgart 1968, S. 48

Kriegsfall autark zu sein. Dahinter steckten Hitlers Pläne von der Gewinnung zusätzlichen „Lebensraumes“, da bei zunehmendem Bevölkerungswachstum und schlechterer Ernährungssituation das deutsche Volk als solches gefährdet sei. Zur Eroberung neuer Landgebiete, in denen sich die Deutschen ansiedeln konnten, waren eine autarke und stabile Wirtschaft sowie eine starke Armee von Nöten. Durch den Vierjahresplan sollten deutsche Roh- und Werkstoffe vermehrt erzeugt, die Landwirtschaft ertragreicher und gerechtfertigte Preise jeglicher Güter festgesetzt werden. Daneben gab es Verwaltungen zur Rohstoffverteilung, Arbeitseinsätzen und Devisenangelegenheiten. Die deutsche Bevölkerung unterstützte in einem erheblichen Ausmaß die Umsetzung des Vierjahresplans, da sie die Folgen von der Abhängigkeit Deutschlands vom Ausland in der Weltwirtschaftskrise 1929 miterlebt hatte. So war es ein leichtes Spiel, die Autarkievorstellungen populär zu machen.²⁰⁶

Auch in der Marburger Chirurgie wurde versucht, eigene Beiträge zur Umsetzung des propagierten Vierjahresplans für den Bereich der Chirurgie zu entwickeln, um größtmögliche Autarkie zu erlangen. So vergab Rudolf Klapp eine Dissertation mit dem Thema „Die Chirurgie und der Vierjahresplan“²⁰⁷, die 1938 fertiggestellt wurde und zahlreiche Vorschläge enthielt.

In Deutschland wurden neue Fabriken gebaut, um „rein ausländischen Rohstoff“ selbst herstellen zu können. Jaster berichtete in seiner Dissertation unter anderem über Holzprodukte, aus denen in weiteren Schritten Zellwollverband hergestellt werden konnte. Vorher waren Verbände aus importierter Baumwolle üblich. Vorteile hatte das deutsche Produkt sogar auch. Es klebte besser, was wiederum den Verbrauch von ausländischem Harz minimierte. Fast alle Fabrikabfälle der Verbandstoffe wurden weiterverwertet. Verbände konnten mehrfach genutzt werden, wenn sie ausgekocht wurden, und bei stark eiternden Wunden empfahl Prof. Klapp die „Freiluftlagerung“, wodurch Verbände sogar ganz eingespart werden konnten. Feuchte Verbände wurden nur noch mit Kochsalzlösungen gemacht, da es billiger war, und außerdem wies Klapp auf die gewebsschädigende Wirkung von Alkohol- und Essigsäuretonerde-Behandlungen hin. Angeblich konnten die hervorragenden Heilungsergebnisse diese Behandlungsmethoden rechtfertigen.²⁰⁸ Dr. Herfarth aus Glogau erfand ein flüssiges Verbandsmittel namens Olha zur Bedeckung von Operationsnarben, das den

²⁰⁶ Vgl. Petzina, Heinz Dietmar: Der Nationalsozialistische Vierjahresplan von 1936. Entstehung, Verlauf, Wirkungen, Dissertation Universität Prag 1965, S. 16-19, 50, 56-61

²⁰⁷ Vgl. Jaster, Willi: Die Chirurgie und der Vierjahresplan, Dissertation Universität Marburg 1938

²⁰⁸ Vgl. Ebd., S. 5-7

normalerweise verwendeten Mull einsparte. Die Substanz bestand aus chemischen und pflanzlichen Stoffen wie Arnica, Collodium und Eisenchlorid. Es wurde auf die Wunde gepinselt und erhärtete anschließend als bräunliche Folie. Diese hielt ca. 12 Tage auf der Narbe und blätterte dann ab.²⁰⁹

Ausländische Rohstoffe sollten möglichst ohne Qualitätsminderung ersetzt werden. Es sollte bewiesen werden, „dass es nichts gibt, das dem deutschen Fleiß verschlossen bleibt“. Die Chirurgie sollte „Freiheit und Unabhängigkeit vom Ausland“ erzielen.²¹⁰

Für die in der Chirurgie benötigten Handschuhe stellte man künstlichen Kautschuk aus Kohle und Kalk her. Nach mehrmaliger Sterilisation waren sie brüchig und das Tastgefühl war sehr viel schlechter als bei normalem Kautschuk. Da die deutschen Handschuhe also nicht verwendbar waren, wurden Tipps zum sparsamen Verbrauch der ausländischen Handschuhe erteilt.²¹¹

Zur Hautdesinfektion im Operationssaal wurde eine Jodtinktur verwendet. Jod war jedoch ein Produkt aus dem Ausland, und so suchte man nach Alternativen. Das Dibromol war eine alkoholische Flüssigkeit und das darin verwertete Brom stammte aus Deutschland. Anhand von klinischen Tests wurde es als gleichwertig angesehen, konnte aber genauso wie Jod keine Keimfreiheit erzeugen.²¹² Für die Händedesinfektion wurde Alkohol genutzt, und daher probierte man ebenfalls den 70%igen Alkohol zur Hautdesinfektion des Operationsgebietes aus. Damit bei fettiger Haut der Alkohol besser haftete, wurde Kampfer hinzugemischt. Auch in der Kriegschirurgie konnte diese Mischung gut angewendet werden, da es deutsche Erzeugnisse waren und Alkohol sowieso wegen der Händedesinfektion im Operationsbetrieb vorhanden sein musste.²¹³ Des Weiteren konnten Alkohol- und Sublimatlösungen eingespart werden, wenn die Hände mit „Lavaman“, einer Erfindung Klapps, eingerieben wurden, sodass sie einen „wachsartigen Überzug“ hatten. Seifenreste wurden durch Netzbeutel aufgefangen und der Jodverbrauch konnte durch schwächere Lösungen vermindert werden.²¹⁴

Deutsche Firmen stellten Instrumentenschalen anstatt aus Metall aus Kunstharz her, und Maisstärke versetzt mit Säure konnte Traubenzucker ersetzen. So wurde der Maisanbau

²⁰⁹ Vgl. Herfarth, H.: Über ein flüssiges, materialsparendes Verbandsmittel für Operationswunden, in: DC, 16. Jg., Heft 7/10 (1944), S. 167

²¹⁰ Jaster, Vierjahresplan, 1938, S. 15-16

²¹¹ Vgl. Ebd., S. 7-8

²¹² Vgl. Goetze, E.: Ergebnisse mit dem neuen Hautdesinfektionsmittel „Dibromol“, in: DMW, 66. Jg., Heft 31, (1940), S. 853

²¹³ Vgl. Belz, W.: Beitrag zur Ersparnis von Jodtinktur und verwandten Mitteln bei der Hautdesinfektion, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 15 (1940), S. 666- 667

²¹⁴ Vgl. Jaster, Vierjahresplan, 1938, S. 14

in Deutschland propagiert, um Mais nicht mehr aus dem Ausland einführen zu müssen. Traubenzucker wurde zur Ernährung in der Chirurgie oral, rektal oder intravenös eingesetzt.²¹⁵

Durch den Vierjahresplan sollten außerdem bisher wertlose Abfallprodukte restlos verwertet werden. Pektin wurde als Abfall bei der Apfelverarbeitung gewonnen und konnte nun bei der Herstellung von „Sangostop“, einem Blutstillungsmittel, dienen. Ebenso konnte aus Pektin zusammen mit Magermilch ein Milcheiweiß hergestellt werden, das vorwiegend bei Eiweißmangelzuständen in der Operationsvorbereitung eingesetzt wurde.²¹⁶

Vergessene deutsche Heilpflanzen wurden wieder als Medikamente eingeführt. Teilweise waren diese sogar den vorher aus dem Ausland stammenden Produkten überlegen. Der Krieg wurde als „Ausleseprozess“ für Medikamente betitelt, da durch Abschaffung von schlechten und unwirksamen Medikamenten nun Platz für gute deutsche Produkte geschaffen wurde. Allerdings konnten nicht alle Arzneimittel aus heimischen Substanzen hergestellt werden. Daher hatte man vor Kriegsbeginn einen gewissen Vorrat eingekauft und hielt die Ärzte dazu an, diese Medikamente sparsam und nur gut überlegt zu verschreiben. Opiate konnten weiterhin in größeren Mengen aus der Türkei bezogen werden, da den Deutschen dorthin nicht der Zugang verwehrt wurde.²¹⁷ In der Marburger Chirurgischen Klinik bzw. im Reservelazarett gab es 1942 Schwierigkeiten, an Collodium zu kommen. Dies war eine Substanz, die eine kontrahierende Eigenschaft besaß. Sie wurde z.B. bei einem Hirnprolaps auf die Haut gestrichen, wobei sie sich kontrahierte, so dass der Prolaps zurückgedrängt wurde und die Haut an der Stelle eben war. Aufgrund des vermehrten Vorkommens des Prolaps durch kriegsbedingte Schussverletzungen mussten aber auch zunehmend alternative Methoden entwickelt werden, die häufig invasiver waren als das Einsmieren mit Collodium.²¹⁸

In der Chirurgie wurden häufig Salben zur Wundheilung eingesetzt. Diese waren mit Fett versehen, welches es einzusparen galt. Der deutsche Ersatzstoff „Adulsion“, der aus Cellulose gewonnen wurde, konnte den Fettanteil in Salben um 50% vermindern, ohne dass die Salbe eintrocknete.²¹⁹

²¹⁵ Vgl. Ebd., S. 9-10

²¹⁶ Vgl. Ebd., S. 10

²¹⁷ Vgl. Banzer, DMW, 68. Jg., Heft 10 (1942), S. 237- 240

²¹⁸ Vgl. Klapp, Bernhard: Gibt es außer der Lumbalpunktion noch Möglichkeiten, auf den Hirnprolaps einzuwirken?, in: DZC, Band 257 (1943), S. 713- 715

²¹⁹ Vgl. Stör, O.: Über Wundbehandlung mit fettfreien „Salben“, in: DC, 12. Jg., Heft 15 (1940), S. 444-446

Der Vierjahresplan zwang zu erheblichen Sparmaßnahmen. Verschwendungen sollten unbedingt vermieden werden.

3.4 Krankenpflege in der Marburger Chirurgischen Universitätsklinik

Die Marburger Krankenschwestern gehörten dem „Vaterländischen Frauenverein“ an, der 1919 mit 10 Schwestern gegründet worden war. Bereits im Jahr 1927 gehörten zu ihm 146 Schwestern. Das Mutterhaus befand sich in der Deutschhausstr. 25. Die Schwestern erhielten 1926 einen Barlohn von 1300 RM pro Jahr sowie freie Unterkunft und Kost und es wurde eine Summe für die Alters- und Invalidenversorgung zurückgelegt.²²⁰ Unter dem zunehmenden Druck nationalsozialistischen Einflusses bürgte die Marburger Oberin von Trotha bereits im Oktober 1933 dafür, dass keine Schwester in die Marburger Kliniken aufgenommen würde, die nicht arischer Abstammung sei.²²¹ Im Juli 1935 wurde der „Vaterländische Frauenverein“ in das DRK eingegliedert und hieß fortan „Deutsche Rote Kreuz Schwesternschaft Marburg Lahn e.V.“²²² In den Marburger Universitätskliniken arbeiteten fast ausschließlich DRK- Schwestern, aber auch einige katholische Sankt-Vincenz-Schwestern in der Augen- und Hals-Nasen-Ohren-Klinik und als Nachtwachen in der Chirurgischen Klinik.²²³

Die Marburger Oberin von Trotha wurde 1939 von der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) aufgefordert, allgemeine Angaben über Bettenbelegungszahlen, die Schwesternausstattung sowie deren Zugehörigkeit zu Schwesternverbänden zu machen. Sie sorgte sich, da ihr zu Ohren gekommen war, dass in den Marburger Kliniken eventuell NS-Schwestern eingestellt werden sollten. Aufgrund deren Haltung zum Beruf und besonders wegen der kürzeren Dienstzeiten empfand sie die Idee als schlechte Alternative.²²⁴ Tatsächlich sollten die konfessionellen Schwestern durch Schwestern der NSV oder des DRK ersetzt werden. Dies war aber aufgrund des Schwesternmangels

²²⁰ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 932: Krankenschwestern bei den Universitätskliniken 1926- 1930, Kurator an Vaterländischen Frauenverein 1926

²²¹ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 2001: Chirurgische Klinik 1930- 1939, am 7.10.33 Oberin des Vaterländischen Frauenvereins an Kurator

²²² Vgl. BA, Best. 49.01, Bd. 2, Nr. 2003, Abt. X No. 38, Allgemeine Angelegenheiten der Kliniken Oktober 1934- September 1938, Juli 1935

²²³ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 968: am 26.10.39 schrieb der Oberinspektor Backhaus an den Universitätskurator

²²⁴ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 968: Blatt 79

zunächst nicht möglich und hätte auch erhebliche Kosten zur Folge gehabt, da der Lohn der konfessionellen Schwestern niedriger war.²²⁵

In Marburg wurden in der Chirurgischen Klinik Zwangssterilisationen bei Männern durchgeführt. Da dort jedoch katholische Schwestern angestellt waren, hegte der Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung im August 1934 die Befürchtung, dass sie sich bei Operationen zur Unfruchtbarmachung nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eventuell weigern würden zu assistieren. Sollte dieser Fall eintreten, so sollten diese Operationen nur noch von „weltlichem Hilfspersonal“ durchgeführt werden und kein Druck auf die konfessionellen Schwestern ausgeübt werden.²²⁶ Im Jahr 1938 kam es schließlich doch zu Kündigungen der katholischen Schwestern. Als Ersatz kamen DRK-Schwestern aus Göttingen.²²⁷

Allgemein waren in Marburg die Kliniken aufgrund des Patientenandranges und der geringen Bettenkapazität überbelegt. Als Rudolf Klapp 1928 die Chirurgische Klinik übernahm, bemängelte er bereits die Überbelegungen. 1930 standen 132 Betten zur Verfügung, jedoch war die Klinik dauerhaft mit durchschnittlich 240 Patienten pro Tag belegt. Personell besetzt war die Klinik aber nur mit 13 DRK-Schwestern und 6 Pflegern. Eigentlich stand der Klinik eine Pflegeperson für 6 Patienten zu. Dies zeigt, wie personell unterbesetzt die Chirurgische Klinik schon 1930 war.²²⁸ In den folgenden Jahren wurden zwar weitere Schwestern und Pfleger eingestellt, doch auch dies reichte bei weitem nicht aus. Im Jahre 1939 sollten als Vorbereitung auf den Zweiten Weltkrieg bis zu 50% mehr Schwestern ausgebildet werden. Dies wurde vom Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung genehmigt, aber die Zusatzquote durfte nicht die Hauptaufgaben einer Universitätsklinik, die Lehre und Forschung, beeinträchtigen. Außerdem konnte den zusätzlichen Schülerinnen kein Gehalt bezahlt und keine freie Unterkunft gestellt werden. Eine Unterbringung war beim DRK nur gegen Selbstkostenpreis gewährleistet.²²⁹ Generell durften die Kliniken bei ständiger

²²⁵ Vgl. Geheimes Staatsarchiv preußischer Kulturbesitz (GStPK), Finanzministerium Einzelresorts I. HA. Rep. 151 I C Nr. 6582: Universitäten allgemeines. Schwestern und Krankenpflegerinnen 1931-42

²²⁶ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4370: am 22.8.34 der preußische Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung an den Herrn Universitätskurator

²²⁷ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 1006: am 16.3.39 Kurator der Universität Marburg an Reichsstatthalter in Hessen

²²⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 2001: Chirurgische Klinik 1930- 1939, 12.12.1930 Direktor Klapp an Kurator

²²⁹ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 968: am 27.4.39 der Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung an die Herren Vorsteher der nachgeordneten Dienststellen der preußischen Wissenschaftsverwaltung, Blatt 131

Überbelegung außerplanmäßig Schwestern oder Schülerinnen anstellen. Sie mussten allerdings von den Einnahmen der Klinik bezahlt werden, da das Ministerium keine Zuschüsse dafür vorsah.²³⁰

Die Schwesternschülerinnen lebten in einer Gemeinschaft im Mutterhaus. Der theoretische Unterricht wurde von Ärzten übernommen, der praktische Unterricht hingegen von DRK-Schwestern. Das Mutterhaus übernahm den weltanschaulichen Unterricht sowie Gymnastik und Musikunterricht.²³¹

Im Jahre 1938 waren 20 Schwestern, 11 Pfleger und 20 Schülerinnen in der Chirurgischen Klinik angestellt. Nach dem Krankenpflegegesetz hätten allerdings 30 Schwestern, 13 Pfleger und 15 Schülerinnen an der Klinik arbeiten müssen.²³² In Marburg lag der Pflegeschlüssel weit unter dem reichsweiten Durchschnitt, d.h. eine Krankenschwester musste in Marburg mehr Patienten versorgen als anderswo.²³³

Neben dem Schwesternmangel gab es zudem auch einen Mangel an anderem Klinikpersonal. Daher veranlasste Rudolf Klapp im Mai 1939 eine Sperre der Arbeitsvermittlung von Klinikpersonal in andere Arbeitsverhältnisse. Viele weibliche Arbeitskräfte der Chirurgischen Klinik hatten gekündigt, da sie in Privathaushalten einen höheren Lohn erzielen konnten. Der Kliniksbetrieb konnte durch das „Abwandern“ der Stations- und Küchenmädchen nicht mehr aufrechterhalten werden. Durch die Zuweisungssperre waren Kündigungen nun nicht mehr möglich. Außerdem wurde die Arbeitszeit in Kombination mit höheren Löhnen wieder auf eine 54-Stunden-Woche angehoben. Nur so war der Betriebsablauf der Klinik nicht gefährdet.²³⁴

Mit Beginn des Zweiten Weltkrieges mussten auch alle Medizinstudentinnen eine Ausbildung zur Schwesternhelferin machen. Sie wurden für regelmäßige Dienste während der ersten 3 vorklinischen Semester in der DRK-Bereitschaft eingeteilt.²³⁵

²³⁰ Vgl. GStPK, Finanzministerium Einzelresort I. HA. Rep. 151 I C Nr. 6582: Universitäten allgemeines. Schwestern und Krankenpflegerinnen 1931-42; am 25.4.38 Präsident des Rechnungshofes des Deutschen Reichs, Chefpräsident der preußischen Oberrechnungskammer an den Herrn Reichs- und Preußischen Minister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Richtlinien

²³¹ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 968: Anlage 1 zum Vertrag vom 22.11.38, Vereinbarung über die Krankenpflegeschule der Universitätskliniken in Marburg

²³² Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 968: Der Universitätsoberinspektor Backhaus an den Kurator von Hülsen 30.10.38

²³³ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 421

²³⁴ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1974/42 Nr. 1006: Der Direktor der chirurgischen Klinik an den Unikurator 12.5.39

²³⁵ Vgl. UniA Marburg Best. 305a Acc. 1975/79 Nr. 3: Ministerielle Verfügungen bei Ausbruch des Krieges, Arbeitsabkommen zwischen Reichsstudentenführung und DRK, Blatt 90

Doch auch die steigende Zahl der Krankenschwestern konnte die Zunahme der Patientenzahlen nicht auffangen. Bis 1944 sank die Zahl der Schwestern bei gleichzeitiger Steigerung der Patientenaufnahmen wieder, da sie an der Front und in Lazaretten eingesetzt wurden.²³⁶

Im November 1938 schloss der preußische Staat mit dem Kurator des DRK einen neuen Arbeitsvertrag für die DRK-Schwestern, die vom Mutterhaus gestellt wurden. Die Arbeitszeit wurde bei den Schwestern auf 10 Stunden pro Tag mit angemessenen Pausen festgelegt. Bei vorübergehendem außerordentlichen Bedarf war jedoch jede Schwester verpflichtet, längere Dienste zu leisten. Ihr konnte vom Kurator gekündigt werden, wenn sie den Anforderungen in berufstechnischer Sicht nicht gerecht wurde. Der Verdienst der Schwestern ging pauschal an das Mutterhaus, wobei eine Oberschwester 140 RM und eine Schwester mit Spezialausbildung (Hebamme, Säuglingskrankenschwester, Röntgenschwester, Diätschwester etc.) 125 RM pro Monat bekam. Staatlich geprüfte Krankenschwestern verdienten 115 RM und Schülerinnen 35 RM pro Monat. Dafür war allerdings Wohnraum im Einzelzimmer und Kost für sie frei. Jeder Schwester standen 30 Urlaubstage zu, wobei Sonn- und Feiertage einbegriffen waren. Den Schülerinnen standen jährlich nur 15 Tage Urlaub zu. Monatlich mussten alle Schwestern zwei freie Tage haben. Bei einem Aufruf zum Kriegs- bzw. Sanitätsdienst durften bis zu 50% aller Schwestern in Marburg abberufen werden. Diese offenen Stellen sollten allerdings vom DRK durch Ersatzkräfte wiederbesetzt werden.²³⁷ Im Januar 1940 wurden die ersten Schwestern aus Marburg zum Kriegsdienst einberufen. Zunächst protestierten noch einzelne Kliniksdirektoren, aber aufgrund der vertraglichen Vereinbarung mussten sie es akzeptieren.²³⁸ Eingesetzt wurden die Schwestern in Lazaretten, sowohl an der Front als auch in Reservelazaretten. In den Marburger Reservelazaretten arbeiteten im Jahr 1943 insgesamt 29 Wehrmachtsschwestern.²³⁹

Vor allem männliche Krankenpfleger wurden zum Heeresdienst eingezogen. Der Direktor der Chirurgischen Klinik musste im März 1940 Unabkömmlichkeitsstellungen

²³⁶ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 584. Die Zahl des Pflegepersonals aller Kliniken stieg von 1938 bis 1941 von 194 auf 226 an und sank dann 1944 wieder auf 186.

²³⁷ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 968: Neuer Vertrag zwischen dem preußischen Staat vertreten durch den Kurator und dem Deutschen Roten Kreuz, Schwesternschaft Marburg, vertreten durch die Oberin von Trotha und den Vorsitzenden Prof. Dr. Wiskott 22.11.38

²³⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 968: Brief des Präsidiums des DRK an den Kurator 27.1.40

²³⁹ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 2001, Chirurgische Klinik 1930- 1939, Bl. 118, 1943

beantragen, da von 12 Pflegern nur noch 6 in Marburg waren und sie keinen weiteren mehr entbehren konnten, zumal die Klinik weiterhin völlig überfüllt war.²⁴⁰

Pfleger hatten auch in Marburg die Aufgaben zu erledigen, die die Schwestern nicht leisten konnten, wie z.B. schwere Dinge heben oder „unzumutbare“ Pflegeaufgaben bei Männern verrichten. Sie wurden vom Arbeitsamt vermittelt und arbeiteten ungelern unter Anleitung. Wenn sie bewiesen hatten, dass sie für den Pflegeberuf geeignet waren, konnten sie eine 2-jährige Krankenpflegeausbildung beginnen, die auch entlohnt wurde. Begründet wurde dies damit, dass junge Männer auf den Verdienst angewiesen waren.²⁴¹ Sie unterstanden wie ihre Kolleginnen der Oberschwester und der zuständigen Stationsschwester.²⁴² Allerdings gestaltete es sich besonders in Kriegszeiten schwierig, männlichen Nachwuchs zu gewinnen. Es meldeten sich hauptsächlich Männer der Arbeiterschaft und der Landbevölkerung. Diese waren nach Meinung des Geschäftsführenden Präsidenten des DRK für die Krankenpflege eigentlich nicht geeignet. Es sollte daher eine strengere Auswahl nach körperlichen und geistigen Eigenschaften stattfinden.²⁴³

Personell war also die Marburger Chirurgische Klinik nicht gut besetzt. Zu einem Kliniksbetrieb gehörten aber nicht nur Schwestern und Pfleger, sondern auch Laboranten und Operationsassistenten. Nach einer Auflistung aus dem Jahr 1944 waren in der Marburger Chirurgischen Klinik unter die Aufsicht der Oberin von Trotha gestellt: 4 Operationsschwestern, 20 Krankenschwestern, 20 Lernschwestern, 2 Operationspfleger, 9 Pfleger, 4 Röntgenassistentinnen und 1 Laborantin.²⁴⁴

²⁴⁰ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 716: Unabkömmlichkeitsstellung von Angehörigen der Universität Marburg, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik an Herrn Universitätskurator 16.3.1940

²⁴¹ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 968: Oberinspektor Backhaus an den Universitätskurator 26.10.38

²⁴² Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 968: Neuer Vertrag zwischen dem preußischen Staat vertreten durch den Kurator und dem Deutschen Roten Kreuz, Schwesternschaft Marburg, vertreten durch die Oberin von Trotha und den Vorsitzenden Prof. Dr. Wiskott 22.11.38

²⁴³ Vgl. GStPK, Finanzministerium Einzelresort I. HA. Rep. 151 I C Nr. 6582: Universitäten allgemeines. Schwestern und Krankenpflegerinnen 1931-42; am 1.4.41 Geschäftsführender Präsident des Deutschen Roten Kreuzes an den Herrn Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung

²⁴⁴ Vgl. GStPK, I. HA. Rep. 76 Dahlem Nr. 957: Übersichten über den Bedarf an Angestellten und Arbeitern bei den klinischen Anstalten der Universität Marburg für das Rechnungsjahr 1944

4 Die Marburger Chirurgen

Der Direktor der Marburger Chirurgischen Klinik Rudolf Klapp war einer der angesehensten Chirurgen in Deutschland. Mit seinen bemerkenswerten Neuerungen war er stets darauf bedacht, die Körperfunktion des Patienten zu erhalten und dessen eigene Naturkräfte dabei auszunutzen.²⁴⁵ August Bier, sein langjähriger Lehrer und Freund, verfasste anlässlich seines 70. Geburtstages eine Festschrift. Darin betonte er die Erfolge der Klapp'schen Drahtextension, die dieser unter seiner Leitung erfunden und stets weiterentwickelt hatte. Er betonte, dass die Drahtextension eine Erfindung Klapps war und nicht, wie von vielen dargestellt und geglaubt, Martin Kirschners²⁴⁶ Idee. Trotzdem wurde der Name Kirschner mit dieser Methode verewigt. So sehr Bier Rudolf Klapp auch lobte, er beschrieb ihn auch als „[...] schroff und schwer zugänglich [...]“.²⁴⁷

Kriegserfahrungen im Balkankrieg und Ersten Weltkrieg prädestinierten Klapp zum Beratenden Chirurgen im Zweiten Weltkrieg. Beratende Chirurgen standen den unerfahreneren Chirurgen im Feldlazarett zur Seite. Sie schulten sie dahingehend, herausfordernde Situationen mit komplizierten Verletzungen, personellen und äußeren Schwierigkeiten meistern zu können.²⁴⁸ Mit Dienstantritt als Chirurgischer Direktor im Jahr 1928 übernahm Klapp zusammen mit dem Direktor der Medizinischen Klinik die Leitung des Sanatoriums Sonnenblick für Tuberkulosekranke in Marburg. Somit war auch die Einnahmequelle durch stationäre Aufnahmen von Tuberkulösen aus dem Sanatorium in die Chirurgische und Medizinische Klinik, die nicht unbedeutend waren, gesichert.²⁴⁹

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden von Prof. Klapp, aber auch von seinen Mitarbeitern Boeminghaus und Lauber viele Promotionsarbeiten betreut. Insgesamt lag die Chirurgische Klinik mit der Anzahl der Doktorarbeiten an der Spitze der Marburger medizinischen Fakultäten. Während des Zweiten Weltkrieges beschäftigten sich viele Promovierende mit kriegschirurgischen und teilweise erbbiologischen Themen. Der Chirurg Boeminghaus, der „Spezialist“ auf dem Gebiet der Zwangssterilisation war, vergab dazu 1934 und 1935 ebenfalls einige Dissertationsthemen.²⁵⁰

²⁴⁵ Vgl. Schmieden, V.: Rudolf Klapp zu seinem 70. Geburtstage, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 7 (1943), S. 226

²⁴⁶ Martin Kirschner, geb. 28.10.1879, gest. 30.08.1942, deutscher Chirurg und Beratender Arzt der Wehrmacht

²⁴⁷ Bier, August: Rudolf Klapp zum 70. Geburtstage, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 7 (1943), S. 228- 229

²⁴⁸ Vgl. Fischer, H.: Aus den Erfahrungsberichten der Beratenden Chirurgen im Krieg 1939-1945, Darmstadt 1963, S. 1-2

²⁴⁹ Vgl. Universitätsmedizin, Krähwinkel, 2004, S. 100

²⁵⁰ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 293-296

Rudolf Klapp ließ sich mit seinem gesamten Personal der Chirurgischen Klinik 1934 als „Fördernde Mitglieder der SS“ eintragen. Vorlesungen fanden in der Chirurgie während des Zweiten Weltkrieges nur noch in dem mit einer Parteifahne geschmückten Hörsaal und in Wehrmachtsuniform statt. Auch der Großteil der Studenten erschien uniformiert.²⁵¹

Personell war die Marburger Chirurgische Klinik im März/April 1940 mit fünf Fachärzten und einem Arzt in fachärztlicher Ausbildung besetzt. Insgesamt waren an allen Marburger Universitätskliniken 35 Fachärzte und 21 Ärzte in fachärztlicher Ausbildung angestellt, wovon allein 21 zugleich Militärärzte waren.²⁵² Ihre außerdienstlichen Verpflichtungen in politischen Organisationen nahmen im Krieg enorm zu und viel Zeit in Anspruch. Dadurch war teilweise die ärztliche Arbeit kaum noch zu leisten. Klapp prangerte dies an und forderte gerechtere Arbeitsbedingungen.²⁵³ Zunehmend wurden auch die Ärzte der Chirurgischen Klinik während des Zweiten Weltkrieges zum Heer eingezogen. Klapp und Lauber standen 1942 neben ihrer Tätigkeit als Professoren gleichzeitig im Dienst der Wehrmacht.²⁵⁴ Rudolf Klapps Sohn, Bernhard Klapp, arbeitete als Assistent seit 1938 in der Chirurgischen Klinik in Marburg.²⁵⁵ Er wurde ebenfalls zum Wehrdienst eingezogen und betreute sonst das Chirurgische Reservelazarett.²⁵⁶ Dr. Baumann musste sich ab November 1939 für einen Einsatz in der Kriegsmarine auf Abruf bereithalten.²⁵⁷ Im Mai 1940 sollte der Chirurg Lauber plötzlich nach Kassel abkommandiert werden. Daraufhin ließ Klapp ihn unabkömmlich stellen, da er für die Betreuung der Kranken und für Vorlesungen unersetzlich war. Neben den Verletzten im Reservelazarett waren noch die zivilen Kranken zu versorgen, d.h. das Patientenaufkommen war sehr viel höher als zu Friedenszeiten bei gleichzeitig

²⁵¹ Vgl. Aumüller, *Kriegschirurgie*, 2006, S. 188

²⁵² Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 715: Liste von Fachärzten und in fachärztlicher Ausbildung befindlichen Personen, Blatt 132. An der Marburger Universitätsklinik gab es keine einzige Ärztin.

²⁵³ Vgl. Schnack, *Marburger Gelehrte*, 1977, S. 268

²⁵⁴ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 872: Kriegswirtschaftsverordnungen, Kriegsmaßnahmen, Liste aller in Marburg dienstuenden Profs., die zugleich im Wehrdienst stehen, 30.12.42, Blatt 205

²⁵⁵ Vgl. BA, Best. 49.01 Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Bd. 2, Spezialia: Marburg Universitätssachen, Nr. 1974, Abt. X, Nr.2: Chirurgische Klinik 1938-1944, 23.4.38

²⁵⁶ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 872: Kriegswirtschaftsverordnungen, Kriegsmaßnahmen, Blatt 219 zu Erlaß WA 3010/42 RV 1.1.42

²⁵⁷ Vgl. UniA Marburg Best. 307 Acc. 1969/33 Nr. 640: Unabkömmlichkeitsstellung von Dozenten 1939-44, Kurator am 3.11.1939 an Dekan der Medizinischen Fakultät

niedrigerer Ärztezahl.²⁵⁸ Im Januar 1942 mussten schließlich die Assistenten Becker, Mondry und Studemeister unabkömmlich gestellt werden, um die zivile medizinische Versorgung aufrechterhalten zu können.²⁵⁹ In den ersten Jahren des Krieges wurden die Unabkömmlichkeitsstellungen meistens genehmigt, doch mit der Zeit wurde das immer schwieriger.²⁶⁰ Im April 1943 erklärte der Universitätskurator, dass alle Ärzte mit einer Einberufung zum Wehrdienst rechnen müssten, auch wenn sie bereits gedient hätten. Er wollte aber alles daransetzen, die erforderlichen Kräfte zur Versorgung der zivilen Patienten zu sichern. Zusätzlich empfahl er, dass sich die Direktoren der Universitätskliniken nach geeigneten Ersatzkräften umsehen und bei ihrer Auswahl auch Ärztinnen berücksichtigen sollten.²⁶¹ Daraufhin wurden ausländische und weibliche Ärzte eingestellt. Ärztinnen durften aber keine normalen Assistentenstellen besetzen, sondern waren lediglich „Volontärassistentin“ oder „wissenschaftliche Hilfskraft“.²⁶² Genauso war es auch bei den ausländischen Ärzten, die zusätzlich eine Erklärung unterschreiben mussten, dass sie nicht jüdischer Abstammung waren. Meistens arbeiteten sie unentgeltlich oder erhielten Unterstützung durch deutsche Forschungsstipendien.²⁶³

Unter den Marburger Chirurgen herrschte große Konkurrenz. Lauber galt als schlechter Operateur und wurde wohl nur zum Oberarzt ernannt, weil er Klapp mit fordernden Briefen bedrängte. Eigentlich war der Oberarztposten für den begabteren Mondry vorgesehen. Da nun aber Lauber Oberarzt geworden war, musste er seine Fertigkeiten bei Operationen verbessern und arbeitete deswegen hauptsächlich in der Poliklinik.²⁶⁴ Er forschte und publizierte viele Artikel in chirurgischen Zeitschriften. Im Jahr 1943 wurden allein drei Artikel von ihm in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie veröffentlicht.²⁶⁵

²⁵⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 716: Unabkömmlichkeitsstellung von Angehörigen der Universität Marburg, Direktor der Chirurgischen Klinik am 27.5.1940 an Herrn Universitätskurator

²⁵⁹ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 872: Kriegswirtschaftsverordnungen, Kriegsmaßnahmen, Blatt 221-222

²⁶⁰ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 570

²⁶¹ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 718: Kriegswirtschaftsverordnungen und Kriegsmaßnahmen 1943, Universitätskurator am 12.4.1943 an die Herrn Direktoren der 8 Universitätskliniken, der Medizinischen Poliklinik, des Strahleninstituts, des Zahnärztlichen Instituts und des Instituts der gerichtlichen Medizin

²⁶² Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 573

²⁶³ Vgl. Doetz, Zwangssterilisation, 2010, S. 166

²⁶⁴ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 193: Habilitations- und Personalakte Johannes Baumann 1932-1944, 4.6.43 Baumann an Klapp

²⁶⁵ Vgl. DZC, Band 257 (1942), Inhaltsverzeichnis S. IV- V

Im Juli 1943 waren der mittlerweile auch zum Oberarzt aufgestiegene Felix Mondry, die wissenschaftlichen Assistenten Alexander Studemeister, Heinz Becker und die Volontärassistentin Rosemarie Klauer in der Chirurgischen Klinik angestellt.²⁶⁶

Die in Marburg eingesetzten ausländischen Volontärassistenten kamen aus Luxemburg und Griechenland. Der Luxemburger Volontär-Assistent Arnold Blumer erkrankte 1942 an Tuberkulose, hielt sich lange in Lungenheilanstalten auf und war damit nicht aktiv einsetzbar.²⁶⁷ Ebenfalls wegen eines Lungenleidens war der Volontärarzt Roelf Smidt nicht verfügbar. Der Grieche Apostolos Orfanidis arbeitete seit April 1944 in der Chirurgischen Klinik.²⁶⁸ Er war allerdings nur begrenzt einsetzbar, da er die deutsche Sprache nur lückenhaft beherrschte. Im Oktober 1944 wurden noch die Volontärassistentinnen Lieselotte Bögehold und Annemarie Tränkner eingestellt, welche aber wegen Krankheit ebenfalls zuerst nicht arbeiten konnten.²⁶⁹ Ob noch mehr Volontärärzte aus anderen Ländern in der Marburger Chirurgischen Klinik arbeiteten, ist aus den vorhandenen Akten nicht ersichtlich, aber wohl anzunehmen. In der Frauenklinik der Berliner Charité arbeiteten z.B. von 1933-1945 allein 56 Volontärärzte. Darunter waren nur vier Frauen. Diese Volontärärzte stammten nicht nur aus den verbündeten Ländern Deutschlands, sondern aus der ganzen Welt.²⁷⁰

Im Anhang dieser Arbeit (Kap. 20) finden sich die biographischen Angaben zu den Marburger Chirurgen, die im Zeitraum von 1928 bis 1944 an der Klinik tätig waren.

5 Auswertung von Krankenakten der Marburger Chirurgischen Universitätsklinik

Der Hauptteil dieser Arbeit basiert auf den Auswertungen chirurgischer Krankenakten. Zunächst wird der Aufbau sowie das Auswertungsverfahren dieser Patientenakten erläutert, bevor die einzelnen Ergebnisse beschrieben werden.

²⁶⁶ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 718, Kriegswirtschaftsverordnungen und Kriegsmaßnahmen 1943, Namentliche Liste der Ärzte an Kliniken und Instituten, welche der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg angehören, Stand 1.7.1943, Blatt 136

²⁶⁷ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 718, Kriegswirtschaftsverordnungen und Kriegsmaßnahmen 1943, Hilfskräfte mit luxemburgischer Staatsangehörigkeit, Blatt 42

²⁶⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 668: am 9.5.44 Kurator an das Reichsregister, Abteilung Hochschulen, namentliche Liste der Ärzte an Kliniken und Instituten, welche der medizinischen Fakultät der Universität Marburg angehören, Stand 1.4.44

²⁶⁹ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 668: Stand 1.10.44

²⁷⁰ Vgl. Doetz, Zwangssterilisation, 2010, S. 167-168

5.1 Krankenakten als Quelle

Eine Akte ist eine „Zusammenstellung von sachlich zusammengehörenden Dokumenten, die als Einheit behandelt und zitiert werden, i.d.R. mit dem Aktenzeichen“.²⁷¹ Die Quellengattungen (Aufnahmebefund, Überwachungsbogen, Briefverkehr etc.) sind jedoch verschieden und nicht von einer einzigen Person erstellt. Somit wird die Krankenakte zu einem „Fall“ zusammengeführt.²⁷² Sie dient als Speicher- und Aufnahmeort der Krankengeschichte. Teilweise sind sie lückenhaft, da die Zielgruppe (entsprechendes Pflegepersonal und Ärzte) diese Lücken durch ihr „habituelles Wissen“ schließen konnten, aber für uns nicht rekonstruierbar.²⁷³ Dies macht gerade die Auswertung älterer Krankenakten und Zusammenführung zu einer Krankengeschichte schwierig. Durch Fotos oder Briefe in den Akten lässt sich manchmal dann doch ein Lebensereignis anschaulicher rekonstruieren.

Es muss bedacht werden, dass eine Akte für einen bestimmten Zweck angelegt wird und dieser die Rahmenbedingungen und Limitationsfaktoren vorgibt. Die darin verwendete Sprache ist Alltagssprache und muss kritisch, besonders bei ideologischen Begriffen, beurteilt werden. Ebenfalls müssen bei der Interpretation von Zusammenhängen in den Akten Hintergrundkenntnisse vorhanden sein und Faktoren, wie z.B. eine konfessionelle Trägerschaft der Klinik, berücksichtigt werden.²⁷⁴ Nicht zu vernachlässigen ist eine mögliche verzerrte Darstellung der Krankengeschichte durch die Interpretationsperson, indem sie Besonderheiten je nach eigener subjektiver Motivation aufzeigt.²⁷⁵ Des Weiteren muss kritisch bedacht werden, dass eine Fallkonstruktion nicht aus Patientensicht erfolgt. Jeder Patientenfall wird durch entsprechende Formulare (z.B. standardisierter Anamnesebogen, Fieberkurven) geordnet und in einem überschaubaren Raster dargestellt. Der Patient selbst wird neu konfiguriert und ggf. anders wahrgenommen.²⁷⁶

²⁷¹ Vgl. Krems, Burkhardt: Definition „Akte“ in Online-Verwaltungslexikon <http://www.olev.de/a/akte.htm>, Stand 26.02.2016

²⁷² Vgl. Düwell, Susanne/ Pethes, Nicolas: Fall- Fallgeschichte- Fallstudie, Frankfurt/New York 2014, S. 53

²⁷³ Vgl. Müller, Ulrich: Metamorphosen. Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten, in: Fuchs, Petra/ Rotzoll, Maïke/, Müller, Ulrich/ Richter, Paul/ Hohendorf, Gerrit: Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Göttingen 2007, S. 80-82

²⁷⁴ Vgl. Ebd., S. 82- 84

²⁷⁵ Vgl. Ebd., S. 87

²⁷⁶ Vgl. Brändli, Sibylle/ Lütho, Barbara/ Spuhler, Gregor: Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in der Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt 2009, S. 12- 13

5.2 Aufbau einer Patientenakte

Jede Patientenakte besteht aus einem weitgehend vorstrukturierten, zweiseitigen Formular. Auf der Vorderseite wurden neben der Aktennummer der Patientennamen, Wohnort, Geburtstag, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Operationsdatum, Diagnose und der Beruf aufgeführt. Ebenfalls wurden dort die Anamnese und der körperliche Untersuchungsbefund dokumentiert. Auf den weiteren Seiten wurden schließlich der weitere Krankheitsverlauf bzw. der Operationsbericht und die Ergebnisse der diagnostischen Maßnahmen beschrieben. Während der Visite vermerkten die Ärzte den Wundverlauf und beschrieben den Gesundheitszustand des Patienten. Jedoch wurden diese Angaben nicht jeden Tag gemacht.

1928 waren viele Patientenakten noch handgeschrieben. In den späteren Jahrgängen wurde fast ausschließlich alles per Schreibmaschine notiert und häufig nur einzelne Bemerkungen handschriftlich eingefügt. 1940/41 waren bei 20% und 1944 bei 16% der Patientenakten ein spezieller vorgedruckter Anamnesebogen benutzt worden. Diese hatten bestimmte Fragen zur Anamnese im Vorfeld aufgedruckt und der Arzt konnte dahinter seine Notizen vermerken. Der Anamnesebogen beinhaltete eine gründliche Familienanamnese besonders in Bezug auf vererbte Erkrankungen. Es wurde z.B. danach gefragt, ob die Eltern gesund waren, ob die Mutter Fehlgeburten hatte oder ob Blutsverwandte unter Geistes-, Nervenkrankheiten, Missbildungen oder Alkoholsucht litten. Fragen zu Infektionskrankheiten im Umfeld, d.h. in der Schule oder Nachbarschaft gehörten ebenfalls zum Standardfragenkatalog. Auf der zweiten Seite wurde schließlich die Patientenanamnese mit ebenfalls vorgedruckten Fragen erhoben. Es wurde nach besonderen Vorkommnissen bei der Geburt, der Zahnung, nach der Stillzeit und dem Beginn des Laufens als Kind gefragt. Der Patient musste auch frühere Krankheiten wie Diphtherie, Scharlach, Masern, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Kinderlähmung, Pneumonie, Hautkrankheiten, Rachitis, Krämpfe und Appendizitis angeben. Auf den danach folgenden Seiten wurden schließlich die Krankheitsverläufe und diagnostischen Ergebnisse aufgezeichnet.

Die Krankenschwestern fertigten Fieberkurven für jeden Patienten an. Dort markierten sie jeden Tag den Puls, die Respirationsrate und die Körpertemperatur. Neben dem Datum waren auch die entsprechenden Aufenthaltstage vermerkt. Ebenso wurden therapeutische Maßnahmen wie Medikamentengabe, Operationen, Massagen, Heißluft etc. eingetragen.

Die Stuhlganghäufigkeit wurde durch Striche angegeben und, wenn der Patient ein Bad nahm, wurde dies vermerkt.

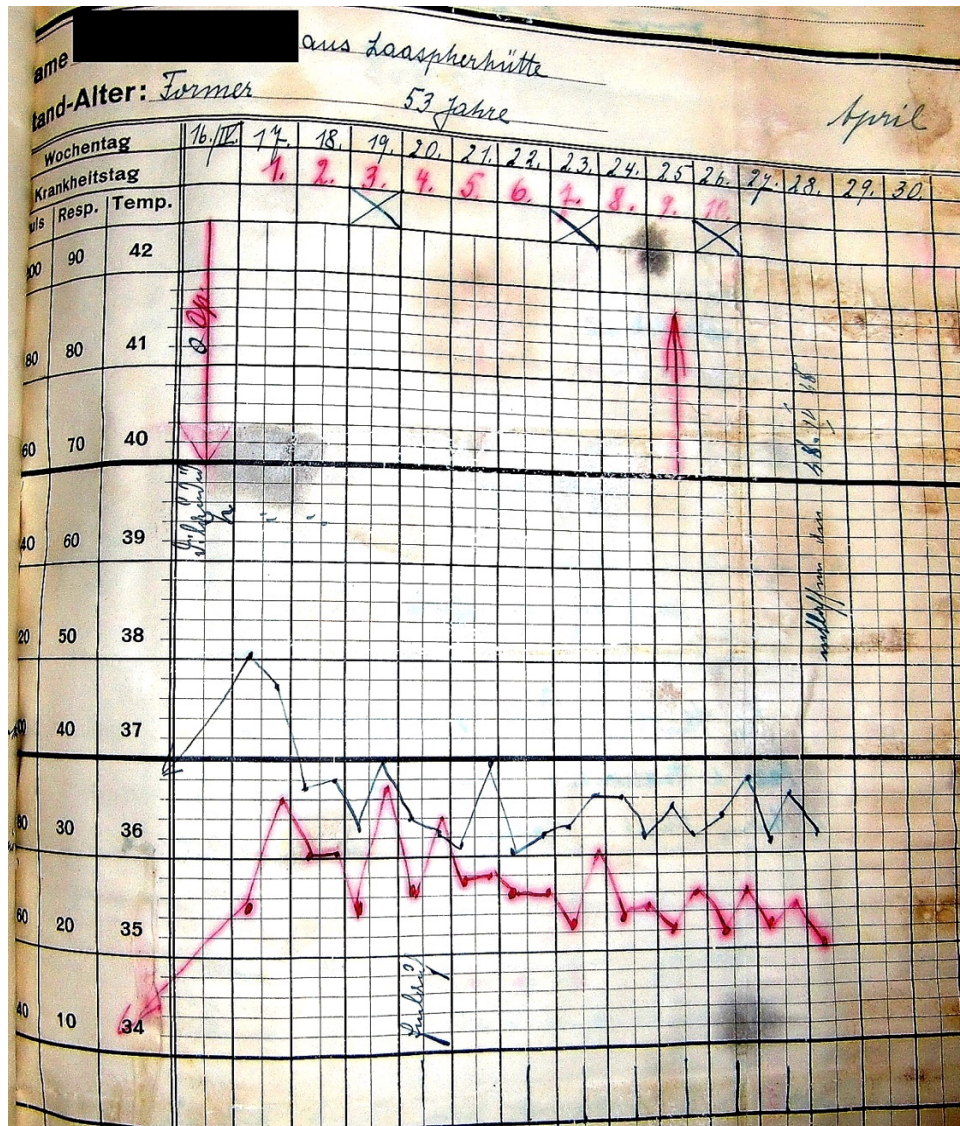


Abb. 2: Pflegekurve mit Angabe von Körpertemperatur, Puls, Atemfrequenz²⁷⁷

Neben diesen Basisinformationen beinhalteten viele Akten noch andere interessante Zusatzinformationen; bei eindrucksvollen Krankheitsbildern wurden sogar Fotos beigelegt. Auch die Briefwechsel der Ärzte mit Eltern, Ehepartnern, anderen Ärzten, dem Wohlfahrtsamt, den Kinderheimen und anderen Behörden liegen den entsprechenden Patientenakten in Durchschrift bei.

²⁷⁷ Aktennummer 1928/1625, Identifikationsnummer 0170

5.3 Auswertung der Akten

Die Informationen aus den Krankenakten wurden in einer einheitlichen Datenmaske erfasst. Folgende 25 Variablen sind als stetige oder klassifizierte Variablen erhoben worden: Identifikationsnummer, Behandlungsjahr, Aktennummer, Alter in Jahren, Geschlecht, Beruf, Wohnort, Familienstand, Aufnahmeart, Ernährungszustand, Kräftezustand, Diagnose, Erbbiologische Anamnese, Labordiagnostik, Histologie, Diagnose, Röntgen, Therapie, behandelnder Operateur, Narkoseform, Aufenthaltsdauer in Tagen, Entlassungsart, Obduktion, Kostenträger und Sonstiges. Diese Kategorien wurden für jede einzelne Patientenakte ausgearbeitet und konnten anschließend statistisch, aber auch individuell ausgewertet werden.

Die statistisch dargelegten Ergebnisse aus den Patientenakten und die Darstellungen von einzelnen Patienten müssen kritisch betrachtet werden. Theoretisch war es für jeden Arzt ohne große Probleme möglich, einige Krankheitsdetails, Vorerkrankungen oder Hinweise auf Erbkrankheiten zu verheimlichen, indem es nicht in die Akte geschrieben wurde. Andererseits konnte ein Arzt aber auch ein gewisses Bild eines Patienten darstellen, wie es „politisch erwünscht“ war. Nachzuweisen ist das nicht mehr, aber es muss quellenkritisch mit bedacht werden.

5.4 Die Patientenklientel: männliche und weibliche Patienten

Bis zum Ersten Weltkrieg waren die Patienten in den Krankenhäusern vor allem männlich, da sie häufiger krankenversichert waren als Frauen. Danach waren immer mehr Frauen erwerbstätig und damit krankenversichert oder als Familienangehörige gesetzlich mitversichert. Schnell machten Frauen den Hauptteil der Krankenhauspatienten aus. Dies begründet Reinhard Spree unter anderem damit, dass sie sich eher als Männer mit ihren Leiden auseinandersetzten und sich von Ärzten behandeln ließen. Außerdem brachten immer mehr Frauen ihre Kinder nicht mehr zu Hause zur Welt, sondern in den Krankenhäusern. Die höhere Lebenserwartung der Frauen spielte ebenfalls eine wichtige Rolle.²⁷⁸ Während des Zweiten Weltkrieges waren Frauen häufig auf sich allein gestellt und ließen sich bei Erkrankung nur bei absoluter Unumgänglichkeit in die Klinik transportieren. Sie waren allein für die Familie zuständig, da die Männer zum

²⁷⁸ Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S. 67-68

Kriegsdienst eingezogen waren, und mussten auch noch die kriegswirtschaftliche Produktion in Gang halten.²⁷⁹

In den hier untersuchten Krankenakten stellten die Männer den überwiegenden Patientenanteil dar. Da in der Marburger Chirurgischen Klinik häufig Traumata behandelt wurden, war der Männeranteil höher. Allerdings stieg mit zunehmender Dauer des Krieges der Frauenanteil bis auf 45% an.

Chirurgische Patienten	1928	1940/41	1944
Männer	61,7%	62,7%	55%
Frauen	38,3%	37,3%	45%

Tab. 1: Anteil in Prozent der weiblichen und männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

Dies mag wohl unter anderem daran gelegen haben, dass immer mehr Männer eingezogen wurden und es dadurch überhaupt weniger Männer in ziviler Stellung in Marburg und der Umgebung gab. Außerdem mussten Frauen während des Krieges die Arbeit der Männer übernehmen, und sie erlitten nun häufiger Arbeitsunfälle, die in der Chirurgischen Klinik versorgt werden mussten.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patientinnen war in allen ausgewerteten Jahrgängen kürzer im Vergleich zu den männlichen Patienten.

²⁷⁹ Vgl. Bimmer/ Brand/ Dehnert et al, Alltagsleben, 1985, S. 18

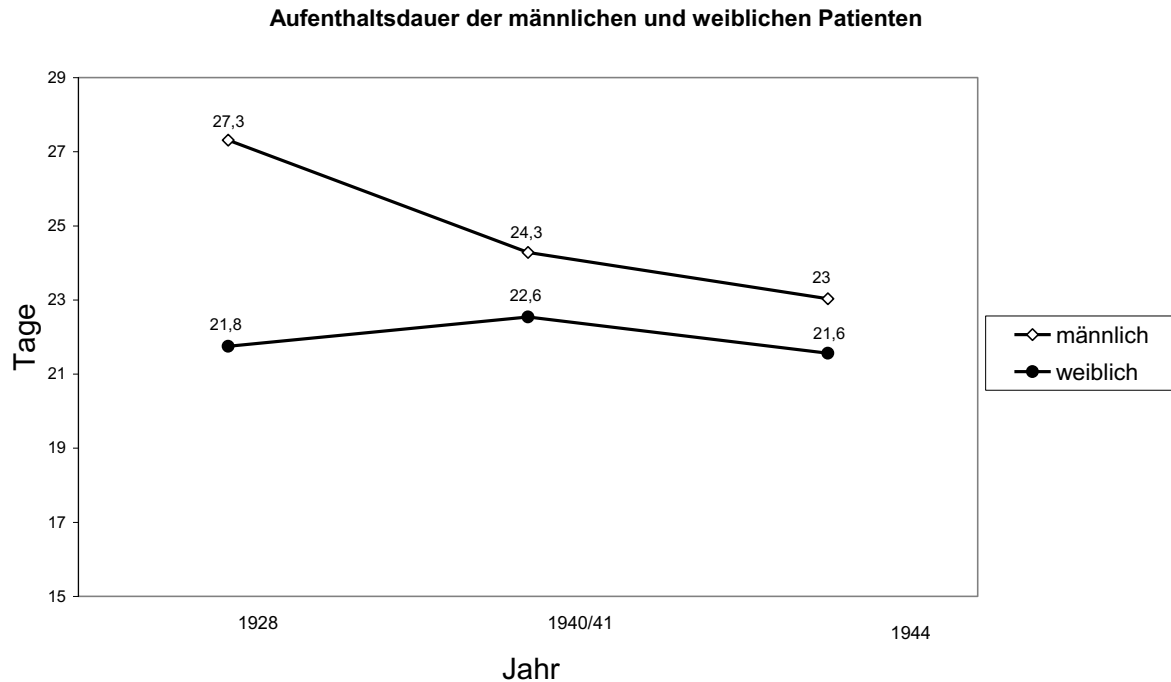


Abb. 3: Aufenthaltsdauer in Tagen der weiblichen und männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

5.5 Altersdemographie

Bedingt durch den Kriegseinsatz der Männer an der Front würde man das Alter der Männer, die in der Chirurgischen Klinik versorgt wurden, in den Kriegsjahren höher schätzen als noch zu Friedenszeiten. Mit zunehmender Dauer des Zweiten Weltkrieges wurden allerdings auch zunehmend ältere Männer bzw. männliche Jugendliche zum Heeresdienst eingezogen. Wenn sich die Soldaten verletzten, wurden sie in speziellen Reservelazaretten versorgt und nicht in der zivilen Chirurgischen Klinik. Die ausgewerteten Patientenakten stammten aber ausschließlich aus der zivilen Abteilung der Chirurgischen Klinik und daher bleiben die Soldaten hier unberücksichtigt.

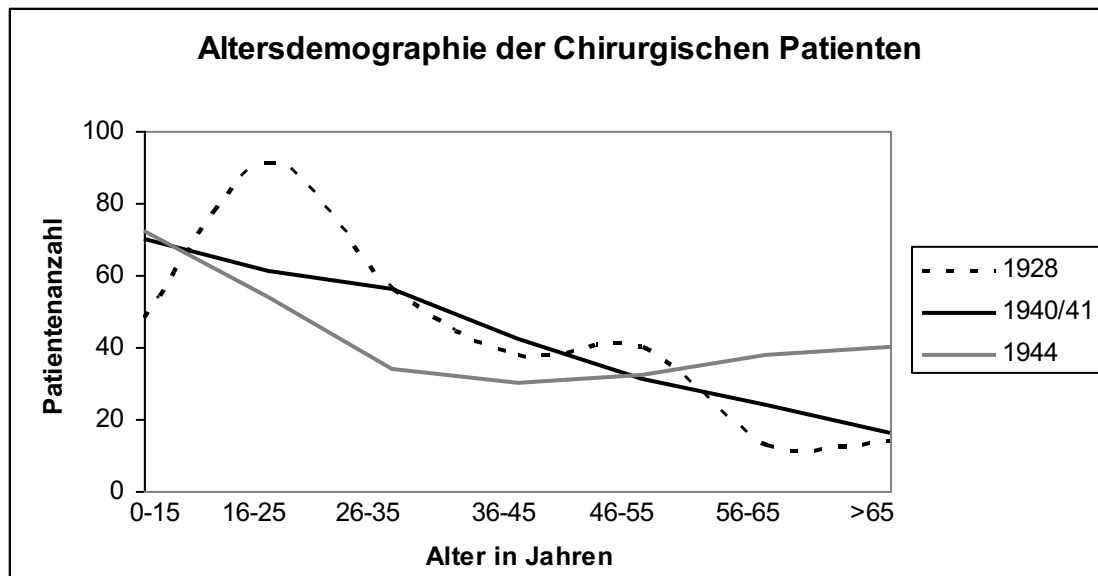


Abb. 4: Altersspannen in Jahren der Patienten in der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

In der Kurvendarstellung zeigt sich, dass 1928 die Zahl der 16-25-jährigen Patienten fast doppelt so hoch war wie 1944 (und lag damit bei knapp 1/3 aller stationär behandelten Patienten). Mit zunehmender Kriegsdauer wurden deutlich mehr ältere Patienten ab 55 Jahren in der Chirurgischen Klinik behandelt. Das Durchschnittsalter der aufgenommenen Männer lag ebenfalls 1944 um 4 bis 5 Jahre über dem zu Friedenszeiten oder Kriegsbeginn (1928: 31,5 Jahre; 1940/41: 30,3 Jahre; 1944: 35,6 Jahre).²⁸⁰ Die These, dass Männer im wehrdienstfähigen Alter in den Kriegsjahren deutlich weniger in der Chirurgische Klinik als Zivilisten behandelt wurden (da sie an der Front kämpften), wird bewiesen, indem 1928 noch etwa 60% aller behandelten Männer im Alter von 18 bis 50 Jahre waren und 1944 nur noch etwa 35%. Auch die Anzahl der Frauen zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr, die stationär behandelt wurden, sank im Gegensatz zu 1928 deutlich. Die Ehemänner mussten im Krieg kämpfen und die Frauen in der Heimat sich allein um Haushalt und Familie kümmern. Sie waren unentbehrlich und durften sich keinen Krankenhausaufenthalt „leisten“.²⁸¹

Die Marburger Chirurgen Lauber und Studemeister beschrieben in einem Artikel über komplizierte Frakturen, dass diese aufgrund von Arbeitsunfällen vorwiegend im dritten Lebensjahrzehnt auftraten. Nach Kriegsausbruch 1939 änderte sich dies und die Patienten mit komplizierten Frakturen waren vorwiegend im vierten Lebensjahrzehnt, da sie die

²⁸⁰ Der gesamte Altersdurchschnitt liegt bei 32,8 Jahren. Der Altersdurchschnitt der Patientinnen lag 1928 bei 31,4, 1940/41 bei 31,2 und 1944 bei 35,9 Jahren. Dies ist nahezu parallel zu den Patienten.

²⁸¹ Vgl. Bimmer/ Brand/ Dehnert et al, Alltagsleben, 1985, S. 18

Arbeiten der Jüngeren, die im Kriegsdienst eingezogen waren, übernehmen mussten.²⁸² Dennoch ist zu jedem Zeitpunkt zu sehen, dass der Großteil der Patienten im erwerbstätigen Alter war. Die arbeitende Bevölkerungsschicht war diejenige, die am häufigsten krankenversichert war und sich eine Behandlung in der Klinik leisten konnte. Kinder wurden ab 1927 hauptsächlich in der Marburger Kinderklinik versorgt. Bei chirurgischen Krankheitsbildern wurden sie jedoch in der Chirurgischen Klinik behandelt. Weshalb es zu einer Zunahme an chirurgischen Behandlungen bei Kindern während des Zweiten Weltkrieges kam, bleibt unklar und lässt sich nicht rekonstruieren.²⁸³

5.6 Herkunftsorte der Patienten

Marburgs Bevölkerung nahm vom 19. bis ins 20. Jahrhundert stetig zu. 1866 lag die Einwohnerzahl bei 7718 und 1933 bereits bei 28439. Dies ist vor allem auf die zunehmenden Studentenzahlen zurückzuführen. Die Gesundheitseinrichtungen waren in Marburg überdurchschnittlich vertreten²⁸⁴, da in der Stadt auch Kranke aus der Provinz Hessen-Nassau bzw. dem ehemaligen Gebiet Kurhessen behandelt wurden.²⁸⁵ Anhand der unten genannten Zahlen wird deutlich, dass der Großteil der Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik gar keine Marburger Stadtbewohner waren, sondern aus der ländlichen Umgebung stammten.

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf mit 22 Gemeinden grenzt direkt an die Stadt Marburg an. Im Vergleich zu den übrigen „umliegenden Landkreisen Marburgs“ (Städte und Gemeinden der ehemaligen Provinz Kurhessen) hatten hier die Patienten die kürzeren Wege zur Klinik.

Die Marburger Chirurgische Klinik gehörte als selbstständige Fachabteilung zum Universitätsklinikum Marburg. Die nächst größeren chirurgischen Krankenhäuser waren erst wieder in Kassel, Gießen und Siegen zu finden. Daher war die Klinik die Anlaufstelle nicht nur für die Stadtbewohner von Marburg, sondern auch für die Bevölkerung des Umlandes.

²⁸² Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 144- 145

²⁸³ Anteil von Kindern bis 16 Jahre in der Chirurgischen Klinik: 1928 15,1%, 1940/41 21,5% und 1944 23,5%.

²⁸⁴ Vgl. Krähwinkel, Universitätsmedizin, 2004, S. 27-28

²⁸⁵ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 581. Zu diesem Gebiet gehörten die Städte Marburg, Kassel und Fulda sowie die Landkreise Eschwege, Frankenberg, Fritzlar-Homberg, Fulda, Hersfeld, Hofgeismar, Hünfeld, Kassel, Marburg, Melsungen, Rotenburg (Fulda), Waldeck, Wolfhagen, Witzenhausen und Ziegenhain.

In fast allen ausgewerteten Patientenakten (99,6%) wurden Angaben zum Wohnort der Patienten gemacht. Für die bessere Erfassung wurden sie in folgende Kategorien eingeteilt: Stadt Marburg, heutiger Landkreis Marburg-Biedenkopf, umliegende Landkreise von Marburg, Deutschland und Ausland.

Nur insgesamt 16,1% aller erfassten Patienten hatten ihren Wohnort in Marburg. Der größte Anteil mit 44% kam aus dem Landkreis Marburg-Biedenkopf, gefolgt von 34,6% aus den umliegenden Landkreisen. Für die Patienten aus Biedenkopf war Marburg das nächstgelegene Krankenhaus, jedoch für die umliegenden Landkreise konnte ggf. Kassel oder Siegen näher sein. Unter den ausgewerteten Akten kamen 23 Patienten (2,6%) aus anderen deutschen Städten (Kiel, Siegen, Essen, Köln, Saarbrücken, Lüdenscheid, Winterberg, Hagen, Hannover und Jena).

In den Kriegsjahren stieg die Zahl der behandelten Patienten, die aus den umliegenden Landkreisen stammten, an. Dies mag an der dort zunehmend schlechteren ärztlichen Versorgung gelegen haben, da viele Ärzte für den Kriegseinsatz eingezogen wurden. Für die Patienten selbst war aber zugleich die Marburger Chirurgische Klinik im Krieg aufgrund der schlechten Verkehrsverhältnisse mühsamer zu erreichen als noch zu Friedenszeiten.

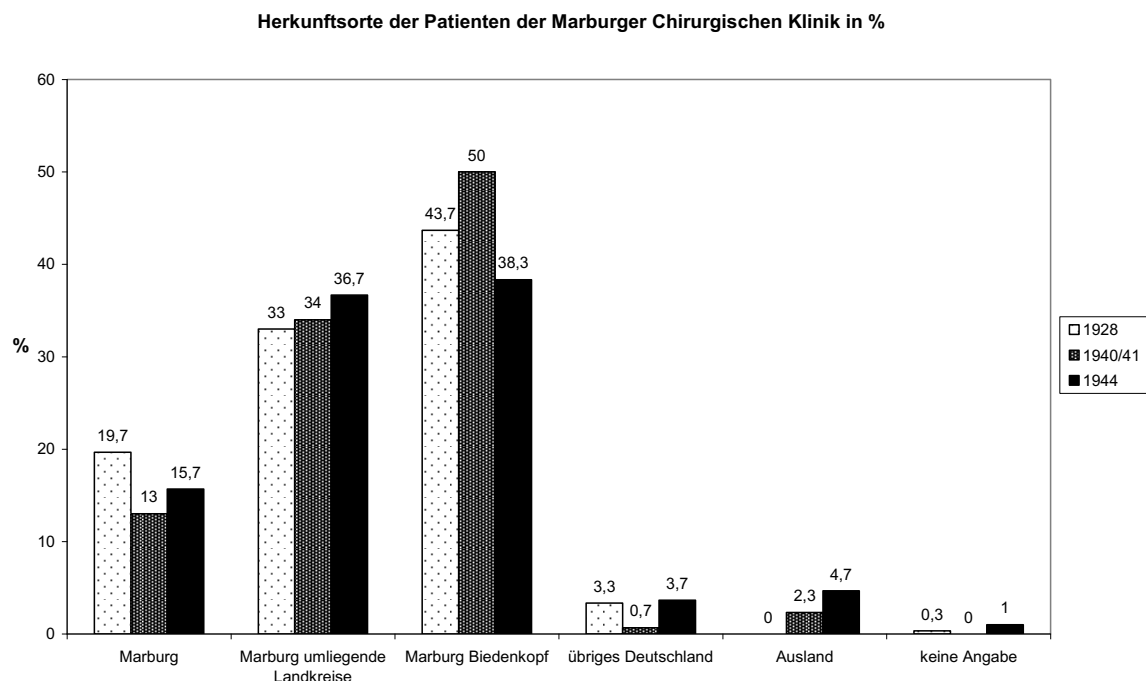


Abb. 5: Herkunftsorte der Patienten, die in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944 in der Marburger Chirurgischen Klinik behandelt wurden

Laut der Akteneinträge waren 1928 insgesamt 4 Patienten auf Wanderschaft. Sie wiesen Verletzungen durch einen Überfall oder einen Hundebiss sowie eine Knöchelfraktur und eine Schulterluxation auf. Das Wandergewerbe wurde oft assoziiert mit dem Lebensstil der Zigeuner und war daher verpönt. Umherziehende waren größtenteils Pferdehändler, Korbmacher, Kesselflicker, Musiker, Händler, Artisten und Schausteller. Oft zwang der niedrige Verdienst sie zum Wandern, da sie sonst ihre Familien nicht ernähren konnten.²⁸⁶ Im Nationalsozialismus galten Wanderer als arbeitsscheu und wurden als „Parasiten, Volksschädlinge, Infektionsquellen und Bazillenherde“ betitelt. Sie wurden durch einen gesetzlichen Erlass ab 1938 von der Kriminalpolizei aufgegriffen und in Konzentrationslager deportiert. In den Arbeitslagern sollten diese „Arbeitsscheuen“ erzogen werden und wurden für benötigte Arbeiten z.B. auf Großbaustellen eingesetzt. Auf Wanderschaft durften nur noch diejenigen gehen, die gesund und auf Arbeitssuche waren oder von Beruf Handwerksgesellen waren.²⁸⁷ In den Kriegsjahren gab es also kaum mehr Wandergewerbe, und daher trat diese Patienten Klientel auch nicht mehr in den ausgewerteten Krankenakten auf.

Die Patienten aus anderen deutschen Städten wurden entweder in Marburg stationär aufgenommen, weil sie sich gerade in Marburg z.B. auf Familienbesuch oder auf der Durchreise aufhielten. Ebenso wurden Patienten mit Tuberkulose aus dem Sanatorium Sonnenblick bei Entwicklung eines chirurgischen Krankheitsbildes in die Marburger Chirurgie verlegt. Das Einzugsgebiet des Sanatoriums beschränkte sich dabei nicht nur auf Hessen.

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden auch ausländische Patienten behandelt. Sie waren allesamt Zwangsarbeiter, die in Marburg oder im Marburger Umland eingesetzt waren. Ihre Herkunftsländer waren Polen, Russland, Italien und Frankreich (vgl. Kapitel 15.1). Sie machten im Jahr 1940/41 einen Anteil der behandelten Patienten von 2,7% und 1944 von 4,7% aus. Im Jahr 1928 wurde kein ausländischer Patient in der Marburger Chirurgischen Klinik behandelt.

²⁸⁶ Vgl. Brandes, Inga/ Marx-Jaskulski, Katrin: Armenfürsorge und Wohltätigkeit. Ländliche Gesellschaften in Europa, 1850- 1930, Frankfurt am Main 2008, S. 272- 274

²⁸⁷ Vgl. Klee, Ernst: „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Frankfurt am Main 2010, S. 52-54, Zitat S. 53

Unter den männlichen und weiblichen Patienten gab es keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der Herkunftsorte.

Herkunftsort	Männer			Frauen		
	1928	1940/41	1944	1928	1940/41	1944
Marburg	38	26	22	21	13	25
Marburg-Biedenkopf	75	93	65	56	57	50
Marburg umliegende Landkreise	64	61	56	35	41	54
Übriges Deutschland	7	1	8	3	1	3
Ausland	0	8	13	0	0	1

Angaben in absoluten Zahlen

Tab. 2: Herkunftsorte der weiblichen Patienten verglichen mit den Herkunftsorten der männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Patienten in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

5.7 Die soziale Struktur der Patienten (Familienstand)

Die Patientenklientel der ersten Hospitäler in Deutschland bestand hauptsächlich aus alleinstehenden Personen, da diese bei Erkrankung vor allem auf externe Hilfe angewiesen waren. Die Hilfe bezog sich hauptsächlich auf die Pflege der Patienten. Mit medizinischem Fortschritt und der Einführung der Krankenversicherung änderte sich das Krankenhaussystem. Krankenversicherten wurden sowohl die Arztkosten erstattet als auch der Lohn zunächst weitergezahlt. Durch die Familienversicherung waren seit Ende der 1920er Jahre sowohl Kinder als auch Ehefrauen mitversichert.

In der Datenbank wurden sämtliche Patienten in folgende Kategorien eingeordnet: ledig, verheiratet, geschieden und verwitwet. Unterschiede zwischen den ausgewerteten Jahrgängen lassen sich vor allem darin sehen, dass in den Anamnesebögen während des Krieges viel seltener Angaben zum Familienstand aufgenommen wurden.²⁸⁸ Zeitersparnis ist der wahrscheinlichste Grund dafür. Da diese Angabe bei mehr als der Hälfte der Akten fehlt, lassen sich keine repräsentativen Schlüsse auf die sozialen Strukturen ziehen.

Dennoch lässt sich vermuten, dass die in der Chirurgischen Klinik versorgten Patienten einen Querschnitt der Marburger zivilen Bevölkerung wiedergibt. Die Verheirateten

²⁸⁸ Angaben zum Familienstand wurden 1928 bei 63%, 1940/41 und 1944 bei nur 36% der Patientenakten gemacht.

machten den größten Anteil aller Patienten aus.²⁸⁹ Auch die Angabe des Statistischen Bundesamtes zu Eheschließungen in den 1920er Jahren lässt darauf schließen, dass in Bezug auf die damalige Bevölkerungszahl die Zahl der Verheirateten in Deutschland in jener Zeit sehr hoch war. Die Scheidungsrate lag nur bei 6,2%. Die Eheschließungen nahmen zu Beginn des Zweiten Weltkrieges deutlich zu und nahmen im weiteren Verlauf des Krieges wieder ab.²⁹⁰

5.8 Berufsspektrum der Patienten

Seit der Weimarer Zeit repräsentierte die Klientel des Krankenhauses zunehmend die Gesamtbevölkerung. Die Patienten stammten aus allen Schichten, da die Erwerbstätigen zum überwiegenden Teil krankenversichert waren.²⁹¹

Die Erwerbstätigen waren vor allem im Alter von 16-50 Jahren. Unter den Männern waren in dieser Altersspanne von 1925 bis 1933 deutschlandweit mehr als 95% erwerbstätig und unter den Frauen waren es immerhin 34-60%. Von den über 60-jährigen Männern arbeiteten immer noch mehr als 70%, aber nur knapp 30% der Frauen.²⁹²

Die Berufe der Marburger Patienten wurden eingeteilt in Handwerker, Akademiker, Arbeiter, Landarbeiter, Hausfrauen, Rentner, Schüler, Soldaten und Andere. Allerdings wurden bei der Auswertung nur die Akten der Patienten ab einem Alter von 16 Jahren berücksichtigt.

1928 waren noch bei rund 90% aller ausgewerteten Krankenakten Berufe angegeben. Dies nahm stetig von 1940/41 mit 55% und 1944 mit nur noch 30% ab. Vor allem bei den Frauen wurden in den Kriegsjahrgangsakten oft keine Angaben zum Beruf gemacht.²⁹³ Häufig mussten sie jedoch in den Kriegsjahren arbeiten, ohne eine entsprechende Ausbildung erlernt zu haben. In Marburg wurden Frauen z.B. bei den Behringwerken als Verpackerinnen eingesetzt. Sie standen unter starkem Arbeitsdruck. Eine dort arbeitende

²⁸⁹ Verheiratet waren 1928 knapp 25%. Im Jahr 1940/41 lag er Anteil bei 11,7% und 1944 bei 6,3%.

²⁹⁰ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004, IV. B 1. Eheschließungen, Ehescheidungen, Geborene und Gestorbene 1895-1945

²⁹¹ Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S. 66-67

²⁹² Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, Bevölkerung und Wirtschaft 1872- 1972, VII. 4. Erwerbspersonen und Erwerbsquoten nach Altersgruppen und Familienstand

²⁹³ 1944 wurden bei 87% der Frauen keine Berufsangaben gemacht und bei den Männern nur bei 54% nicht.

Frau berichtete, dass sie eine vorgegebene Stückzahl pro Tag erzielen musste, auch wenn die Hände bereits wund und blutig waren.²⁹⁴

Der Frauenanteil aller Erwerbstätigen lag in Deutschland schon vor dem Krieg bei über 35%. Die meisten erwerbstätigen Frauen waren in der Landwirtschaft als „mithelfende Familienangehörige“ tätig, gefolgt von den Arbeiterinnen. Die Gruppe der Hausangestellten nahm immer weiter ab, und nur weniger als jede 10. erwerbstätige Frau war selbstständig.²⁹⁵ Unter den Frauen gab es nur wenige Akademikerinnen. Diejenigen, die eine gute Schulausbildung genießen konnten, wurden hauptsächlich Lehrerinnen.²⁹⁶ 1928 wurde häufig in den Akten als Berufsangabe „Maurers Frau“ oder „Schreiners Frau“ etc. angegeben. Diese Frauen wurden in der Kategorie „Hausfrauen“ geführt, da sie nicht in diesen Berufen arbeiteten und auch nicht ausgebildet wurden. In den beiden ausgewerteten Kriegsjahren waren diese Bezeichnungen nicht mehr üblich.

Aufgrund der seltenen Angaben der Berufe der Patienten, lassen sich keine aussagekräftigen Bezüge auf die allgemeine Marburger Bevölkerung schließen. Dennoch zeigen sich durch die Auswertung Hinweise auf z.B. kriegsbedingte Begebenheiten. Die Berufsgruppe der Arbeiter machte den größten Anteil unter den ausgewerteten Akten aus.²⁹⁷ Statistische Erhebungen zu Erwerbstätigen zeigen jedoch, dass etwa 50% aller Erwerbstätigen in Deutschland Arbeiter waren, sowohl vor als auch nach dem Zweiten Weltkrieg.²⁹⁸ Durch die Einziehung vieler Männer zum Heeresdienst herrschte ein großer Arbeitermangel und trotz des Einsatzes von Frauen wurde der Mangel immer größer. Viele Betriebe versuchten daher Unabkömmlichkeitsstellungen für ihre Arbeiter zu bekommen. Aber nur Betriebe, die kriegswichtig waren, wie z.B. Rüstungsbetriebe oder Kliniken, schafften dies.²⁹⁹

Unter den Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik war der Anteil der Akademiker sicherlich unterrepräsentiert.³⁰⁰ Ein Teil von ihnen wird wahrscheinlich privatversichert

²⁹⁴ Vgl. Bimmer/ Brand/ Dehnert et al, Alltagsleben, 1985, S. 25

²⁹⁵ Vgl. Gerber, Pia: Erwerbsbeteiligung von deutschen und ausländischen Frauen 1933-1945 in Deutschland, Frankfurt am Main/ Berlin/ Bern/ New York/ Paris/ Bern 1996, S. 21- 23

²⁹⁶ Vgl. Ebd., S. 26

²⁹⁷ Der Arbeiteranteil der chirurgischen Patienten lag 1928 bei 18,8%, 1940/41 bei 32,3 und 1944 bei 32,4%.

²⁹⁸ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, Bevölkerung und Wirtschaft 1872- 1972, VII. Erwerbstätigkeit 6. Erwerbstätige nach Stellung im Beruf

²⁹⁹ Vgl. Focke, Harald/ Reimer, Uwe: Alltag unterm Hakenkreuz, Wie die Nazis das Leben der Deutschen veränderten, Reinbek 1979, S. 166

³⁰⁰ Der Akademikeranteil der Marburger Chirurgischen Patienten lag laut Auswertungen 1928 bei 09%, 1940/41 bei 0% und 1944 bei 1,5%.

gewesen sein. Die Patientenakten der Privatversicherten müssen allerdings gesondert geführt worden sein und sind in dieser Arbeit nicht erfasst.

Landarbeiter und Landwirte machten unter den berufstätigen Patienten in der Marburger Chirurgischen Klinik neben den Arbeitern den Großteil aus.³⁰¹ Erklärbar ist es dadurch, dass die Mehrzahl der in Marburg behandelten Patienten im ländlichen Umkreis lebte.

Der Anteil der Handwerker, die in der Marburger Chirurgischen Klinik therapiert wurden, nahm im Verlauf des Krieges ab.³⁰² Alle waren männlich und dies schließt auf eine zunehmende Einziehung zum Heeresdienst bei voranschreitender Kriegsdauer.

Insgesamt fanden sich in den Marburger Akten 22 Patienten, die Studenten, Schüler oder Auszubildende (und älter als 16 Jahre) waren. Sie studierten Medizin, Pharmazie, Philosophie, Mathematik, Theologie und Jura. Die Lehrlinge waren bei der deutschen Reichsbahn tätig. Des Weiteren waren einige Patienten Gymnasiasten.

Die Berufskategorie „Hausfrau“ wurde überhaupt nur in den Akten von 1928 angegeben, sie lag in diesem Jahrgang bei einem Anteil von 18,3% unter allen angegebenen Berufen. In den beiden ausgewerteten Kriegsjahrgängen war diese Kategorie nicht mehr angegeben, allerdings ist davon auszugehen, dass es sie durchaus gab und dies nur nicht vermerkt wurde.

In die Kategorie „Andere Berufe“ der Datenbank wurden über 100 Patientenakten eingeordnet. Es waren Berufe, die sich in keine der o.g. Kategorien einordnen ließen. Zu ihnen gehörten u.a. Kellner, Köche, Verkäufer, Kaufleute, Büroangestellte, Dienstmädchen, Arbeitsmädchen, Stabshelferinnen und Sanitäter. Bei der Auswertung der Statistik fiel auf, dass besonders häufig Dienstmädchen in der Chirurgischen Klinik behandelt wurden. 1928 machten sie 23,6% aller berufstätigen Frauen aus. Sie waren im Alter von 16 bis 33 Jahren. Mehr als die Hälfte wurde in der Chirurgischen Klinik wegen einer Appendizitis behandelt. Die anderen Diagnosen waren Colitis, Cholezystitis, Furunkel, Cystitis, Periostitis, unklare Bauchschmerzen und Ulcus cruris. Bei einem Dienstmädchen wurde eine Schwangerschaft im 6. Monat diagnostiziert und bei einer anderen Krätze. In den beiden ausgewerteten Kriegsjahrgängen wurden nunmehr „Dienstmädchen“ als „Haushaltsgehilfinnen“ betitelt. Trotzdem war diese Berufsgruppe nur noch selten angegeben. Um 1900 waren die Dienstmädchen eine der größten erwerbstätigen Berufsgruppen. Ein Großteil von ihnen stammte aus Landwirtschafts- und

³⁰¹ Der Anteil der Landarbeiter von den chirurgischen Patienten lag laut Auswertung 1928 bei 13,1%, 1940/41 bei 22% und 1944 bei 17,5%.

³⁰² Der Anteil der Handwerker von den chirurgischen Patienten lag laut Auswertung 1928 bei 16,6%, 1940/41 bei 15% und 1944 bei 10,3%.

Handwerksfamilien. Aus finanzieller Not mussten sie oft die „unqualifizierte Erwerbsarbeit“ als Dienstmädchen annehmen.³⁰³ Sie verließen ihre Familien und lebten bei den Dienstherrn. Für einen niedrigen Lohn waren sie für die Reinigung der Wohnung und der Wäsche sowie für das Kochen und die „persönliche Bedienung“ zuständig. Meistens dauerte ein Arbeitstag zwischen 14 bis 18 Stunden bei einer 7-Tage-Woche.³⁰⁴ Seit 1914 bestand für sie eine Krankenversicherungspflicht. Hierbei übernahmen die Dienstherrn nur einen Anteil von ¼ des Beitrages.³⁰⁵ Laut Statistik nahm die Zahl der Haushaltsgehilfinnen zwischen 1925 und 1933 auffällig stark ab und stieg erst wieder 1939 durch die Pflichtbeschäftigung von jungen Frauen als Arbeitsmädchen.³⁰⁶ Ab 1942 wurden auch Ostarbeiterinnen, besonders aus der Sowjetunion, vielerorts als Haushaltsgehilfinnen eingesetzt. Sie verdienten weniger und für sie galten die für deutsches Haushaltspersonal bestehenden gesetzlichen Arbeitszeitbestimmungen und Urlaubsregelungen nicht. Ihnen standen pro Woche nur 3 Stunden Freizeit zu.³⁰⁷ Unter den ausgewerteten Patientenakten aus dem Jahr 1944 war auch eine polnische Zwangsarbeiterin, die als Haushaltsgehilfin bei einer deutschen Familie arbeiten musste. Sie war 21 Jahre alt und wurde mit Peritonitis eingeliefert. Trotz sofortiger Operation von Dr. Lauber verstarb sie am nächsten Tag.

Bei der Auswertung der Patientenakten fielen Zusammenhänge zwischen Diagnosen und Berufsgruppen auf. Arbeiter wurden besonders häufig mit Frakturen und Gehirnerschütterungen, die durch Arbeitsunfälle entstanden waren, eingeliefert. 20% der in der Klinik behandelten Fälle von *Commotio cerebri* traten bei einem Arbeiter auf, und auch bei der Tuberkulose machten sie rund ein Viertel aller Fälle in der Klinik aus. Landarbeiter erlitten ebenfalls häufig Frakturen, aber auch Leistenhernien. Diese wurden z.B. durch schweres Heben begünstigt.³⁰⁸ Das häufige Vorkommen der Leistenbrüche bei Landarbeitern kann also durch die schwere körperliche Arbeit erklärt werden. Außerdem

³⁰³ Vgl. Orth, Karin: „Nur weiblichen Besuch“, Dienstbotinnen in Berlin 1890-1914, Frankfurt am Main/ New York 1993, S. 7, 13, 17, 20

³⁰⁴ Vgl. Ebd., S. 23, 53- 54, 63

³⁰⁵ Vgl. Wierling, Dorothee: Mädchen für alles. Arbeitsalltag und Lebensgeschichte städtischer Dienstmädchen um die Jahrhundertwende, Berlin/ Bonn 1987, S. 96- 98

³⁰⁶ Vgl. Gerber, Erwerbsbeteiligung, 1996, S. 77- 78

³⁰⁷ Vgl. Ebd., S. 80- 81

³⁰⁸ Vgl. Henne-Bruns, Doris/ Kremer, Bernd/ Düring, Michael: Duale Reihe Chirurgie, Stuttgart 2008, S.689, 695- 697

wiesen sie häufig Abszesse³⁰⁹ und Phlegmonen auf. Hautverletzungen, die mit Bakterien kontaminiert wurden, konnten leicht bei landwirtschaftlichen Tätigkeiten entstehen. Handwerker erlitten ebenfalls oft Arbeitsunfälle, meistens in Zusammenhang mit Arbeitsgeräten wie Kreissägen oder Fräsen. Sie verletzten sich dabei vor allem an den Extremitäten. Auch waren Arthritiden, Frakturen und Hernien häufige Krankheitsbilder der Handwerker.

5.9 Aufnahmeart der Patienten

Die Patienten wurden durch die Einweisung von einem Arzt (meistens dem Hausarzt) oder direkt als Notfallpatienten in die Marburger Chirurgische Klinik aufgenommen. Insgesamt wurden bei mehr als 99% der Patientenakten Angaben zum Aufnahmemodus gemacht. Normalerweise lagen die Krankenhauseinweisungsschreiben des einweisenden Arztes in der Patientenakte.

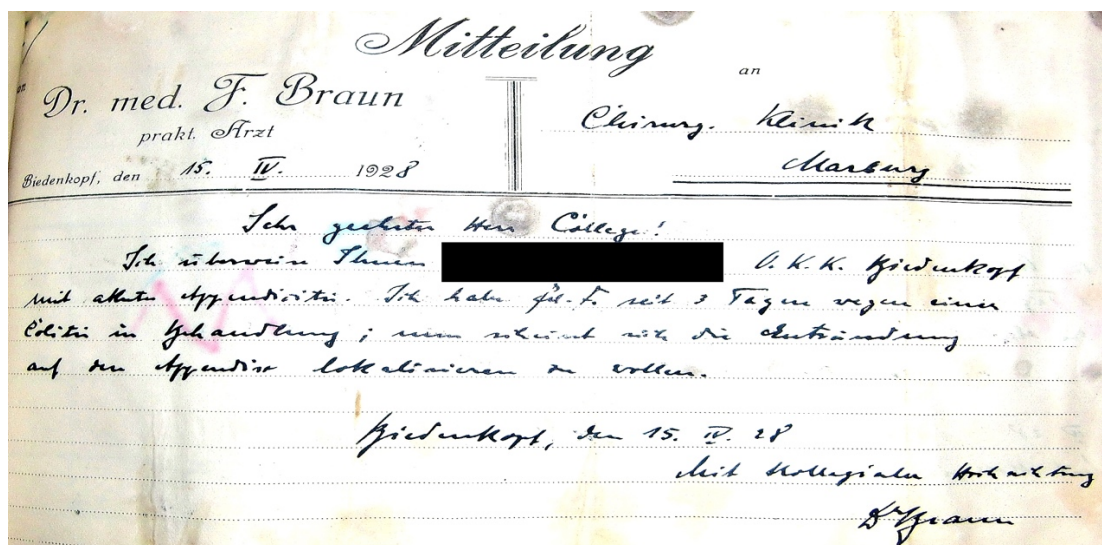


Abb. 6: Einweisungsschein eines praktischen Arztes an die Marburger Chirurgische Klinik (Sehr geehrter Herr College! Ich überweise Ihnen XXX U.K.K. Biedenkopf mit akuter Appendizitis. Ich habe Fr. F. seit 3 Tagen wegen einer Colitis in Behandlung, nun scheint sich die Entzündung auf den Appendix lokalisieren zu wollen. Biedenkopf, den 15.04.1928. Mit kollegialer Hochachtung, Dr. Braun)³¹⁰

³⁰⁹ Ein Abszess ist eine Eiteransammlung in einem neu gebildeten Hohlraum, wobei die Erreger vor allem Staphylokokken sind. Eine Phlegmone ist ebenfalls eine eitrige Infektion, die sich allerdings flächenhaft ausbildet und zu Gewebszerfall führt. Die bakteriellen Erreger sind meist Streptokokken. Sie entstehen z.B. durch kleine Verletzungen oder Risse der Haut, in die die Erreger eintreten. Aus: Hirner, Andreas/Weise, Kuno: Chirurgie, Stuttgart 2008, S. 44-47

³¹⁰ Identifikationsnummer 0086, Aktennummer 1928/102

In der Anamnese war vermerkt, ob ein Patient als Notfall in die Klinik aufgenommen wurde. Anhand der ausgewerteten Jahrgänge wurden jedoch zwischen 77% und 86% der Patienten in die Marburger Chirurgische Klinik per Einweisung eingeliefert. Dies lässt vermuten, dass selbst im 5. Kriegsjahr die ambulante medizinische Versorgung in Marburg und deren ländlicher Umgebung funktionierte. Bevor die Patienten in die Klinik eingewiesen wurden, hatten sie einen Hausarzt aufgesucht.

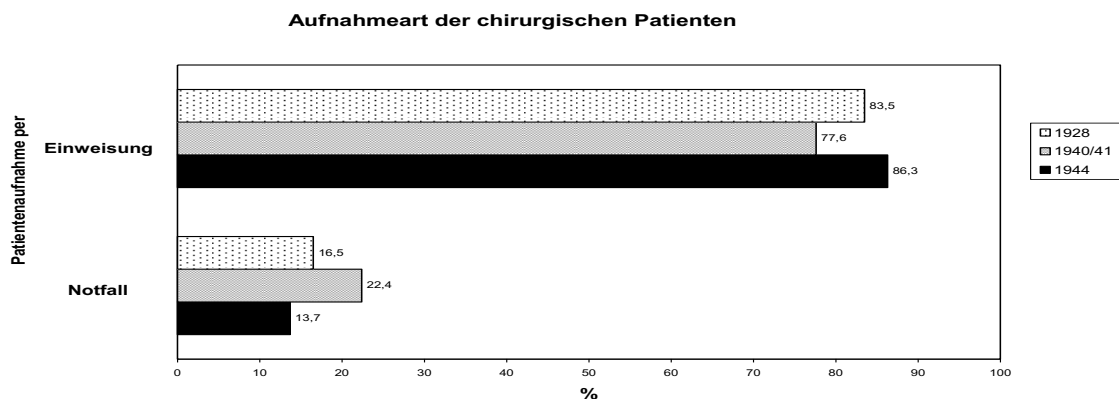


Abb. 7: Aufnahmearten der Patienten in die Marburger Chirurgische Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

Häufige Krankheitsbilder der Patienten, die als Notfälle in die Klinik aufgenommen wurden, waren die Commotio cerebri und alle Arten von akuten Verletzungen wie Verbrennungen, Unfälle, Bissverletzungen, Messerstichverletzungen, Frakturen und Luxationen. Bei Bauchschmerzen suchten die Patienten meistens zuerst ihren Hausarzt auf, der sie dann z.B. bei Verdacht auf Appendizitis in die Klinik einwies. Des Weiteren wurden sowohl Patienten mit chronischen Erkrankungen oder geplanten Operationen von ihren Hausärzten eingewiesen als auch Patienten mit akuten Krankheitsbildern (Abzesse, Furunkel etc.).

Insgesamt waren etwa 70% der Notfallpatienten männlich. Gründe konnten sein, dass Männer generell mehr Unfälle erlitten, sei es durch Arbeits- oder Verkehrsunfälle, oder die Unfälle schwerwiegender waren und damit nicht ambulant versorgt werden konnten. Sowohl bei den männlichen und weiblichen Patienten lag im Jahr 1940/41 der Anteil an Notfallpatienten höher als in den beiden anderen verglichenen Jahrgängen. Eine Ursache ist nicht zu eruieren.

Angaben in %	1928	1940/41	1944
Notfall (Männer)	21,3	25	15,2
Einweisung (Männer)	78,7	75	84,8
Notfall (Frauen)	8,8	18	11,9
Einweisung (Frauen)	91,2	82	88,1

Tab. 3: Unterschiede der Aufnahmeart von männlichen und weiblichen Patienten in der Marburger Chirurgischen Klinik

Das Durchschnittsalter der männlichen Notfallpatienten lag bei 30 Jahren und das der Frauen bei fast 33 Jahren. Der Altersdurchschnitt der Notfallpatienten lag also unter dem Altersdurchschnitt aller ausgewerteten Patientenakten (32,8 Jahre). Die Marburger Chirurgen Lauber und Studemeister, die alle Fälle von komplizierten Frakturen in der Marburger Chirurgischen Klinik von 1928 bis 1942 auswerteten, bestätigen dies. Zu den Notfallpatienten gehörten auch diejenigen mit komplizierten Frakturen. Sie waren meistens Folge von Verkehrs- oder Betriebsunfällen und dies in Marburg vorwiegend durch landwirtschaftliche Unfälle. Die Mehrzahl dieser Patienten befand sich im 3. Lebensjahrzehnt.³¹¹

Gut 1/4 der Notfallpatienten kam direkt aus Marburg. Den Hauptteil machten jedoch Patienten aus Biedenkopf (42%) und den umliegenden Landkreisen Marburgs (27,4%) aus, d.h. der Großteil der Notfallpatienten stammte aus der ländlichen Umgebung. Von den ausländischen Patienten, in diesem Fall allesamt Zwangsarbeiter, wurden 81% durch Einweisung eines Arztes in die Chirurgische Klinik aufgenommen. Der Rest erlitt schwere Unfälle mit Gehirnerschütterungen und Prellungen oder Schussverletzungen aufgrund eines zufälligen Fliegerbeschusses, die sofort in der Klinik versorgt werden mussten.

Bis die Patienten nach einer Verletzung die Marburger Chirurgische Klinik erreichten, dauerte es manches Mal mehr als einen Tag, im Schnitt aber 6-7 Stunden. Gerade den Patienten, die aus der ländlichen Umgebung von Marburg kamen, wurde der Weg in die Klinik durch schlechte Straßenverhältnisse oder Bahnverbindungen erschwert.³¹² Außerdem durften nach einem Erlass Adolf Hitlers ab November 1942 Krankentransporte nur noch durch das DRK durchgeführt werden.³¹³

³¹¹ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 135, 145- 146

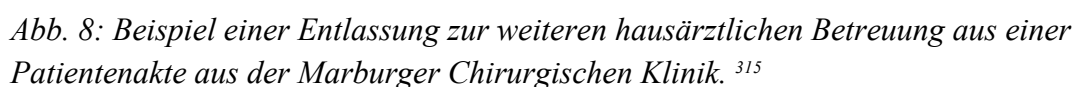
³¹² Vgl. Ebd., S. 146

³¹³ Vgl. Hellenschmidt, Clemens: Die Vereinheitlichung des Krankentransportes 1942- 1945. Ein Beitrag zur Geschichte des Rettungsdienstes in Deutschland, in: Der Notarzt, 27. Jg., Heft 4 (2011), S. 154

Der Hauptteil der Patienten, die als Notfall in die Klinik aufgenommen wurden, konnte nach Behandlung in der Marburger Chirurgischen Klinik in die hausärztliche Betreuung entlassen werden. Davon sollten sich 10,2% erneut in der Klinik vorstellen. 7,6% der Notfallpatienten in den erfassten Jahrgängen sind in der Klinik verstorben. Damit liegt der Anteil etwas höher als die Gesamtsterblichkeit aller ausgewerteten chirurgischen Krankenakten (6,2%).

5.10 Entlassungsart der Patienten

In knapp 98% aller Fälle wurden Angaben zur Entlassung gemacht. Die meisten Patienten wurden in die hausärztliche Weiterbetreuung entlassen.³¹⁴



³¹⁵ Identifikationsnummer 0504, Aktennummer 1941/469

Hierzu gehörten sowohl Patienten, die operiert als auch konservativ behandelt wurden. Häufig wurde als Ratschlag eine weitere Schonung empfohlen. Dennoch ist die Interpretation der Ergebnisse nur bedingt möglich, da die Entscheidung einer Entlassung dem Arzt oblag. Eine Entlassung in hausärztliche Betreuung ging zwar häufig mit einem komplikationslosen Verlauf einher, jedoch spielten auch andere sozioökonomische Gesichtspunkte eine Rolle. Bei starker Überbelegung der Betten fiel die Entscheidung wahrscheinlich schneller, einen Patienten in hausärztliche Weiterbetreuung zu entlassen, obwohl er noch gesundheitliche Probleme und Einschränkungen hatte. Dies ließe sich allerdings nur durch eine vergleichende Mikrostudie beweisen.

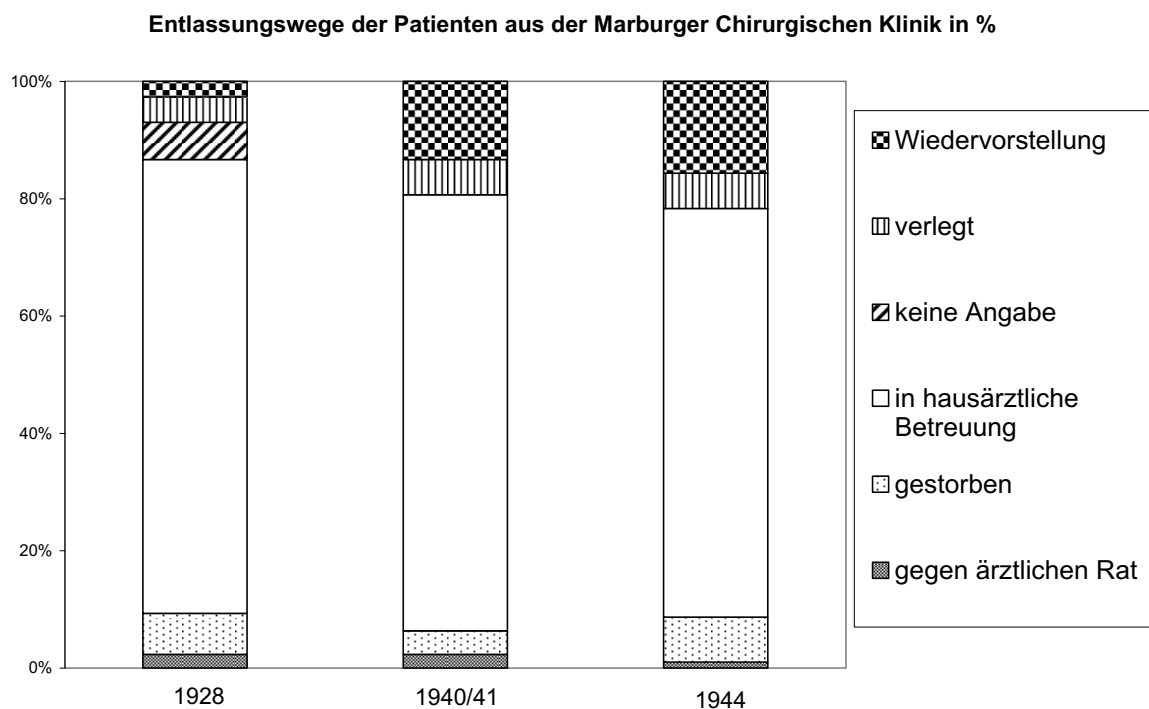


Abb. 9: Häufigkeit der unterschiedlichen Entlassungsarten in der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden manche Patienten mit der Bitte zur Wiedervorstellung aus der Klinik entlassen. 1928 wurde dies nur 2,9% der Patienten empfohlen, während der Anteil 1940/41 bei 13,3% und 1944 bei 15,7% lag. Es waren vor allem Patienten, die zu einer speziellen Nachuntersuchung bzw. zu Verbandswechseln oder weiteren Therapien, z.B. zur Nachbehandlung eines Karzinoms, erscheinen sollten. Ebenso waren es Patienten, die auf Grund einer Begleiterkrankung wie einer

Infektionskrankheit, nicht operiert werden konnten und sich zu einem neu vereinbarten Operationstermin wieder vorstellen sollten. Schließlich wurden Entlassene auch zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle wieder einbestellt. Gerade Patienten, die Fehlstellungen des Stütz- und Bewegungsapparates aufwiesen und krankengymnastisch behandelt wurden, sollten auch nach der Entlassung weiter beobachtet bzw. der Erfolg überprüft werden. Der Anteil der zur Wiederbegutachtung einbestellten Patienten war in den beiden ausgewerteten Kriegsjahrgängen größer als zu Friedenszeiten. Dies wird wohl daran gelegen haben, dass die Patienten aus der Chirurgischen Klinik im Krieg generell kürzer stationär behandelt wurden und daher mehr Nachsorgebedarf bestand. Außerdem stand der Gedanke dahinter, die Patienten möglichst schnell wieder arbeits- und ggf. wehrfähig zu machen. Einige Patienten waren nach der Entlassung noch für einige Zeit erwerbsunfähig. Sie wurden wieder einbestellt, um den Heilungsverlauf weiterzuverfolgen und die Arbeitsfähigkeit neu beurteilen zu können. Die Marburger Chirurgen Lauber und Studemeister berichten in einer Studie nach Auswertung von Patientenakten mit der Diagnose komplizierter Frakturen, dass sie die Mehrzahl der Patienten, die noch Bewegungseinschränkungen aufwiesen, in „poliklinische Übungsbehandlungen“ entließen.³¹⁶

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer derjenigen Patienten, die sich wieder vorstellen sollten, betrug 28 Tage, die längste war mit 246 Tagen angegeben. Dies war ein 20-jähriger Mann, bei dem es durch eine Pfählungsverletzung des Beckens zu einer Harn- und Stuhlinkontinenz kam. Sein Zustand musste auch nach dem extrem langen stationären Aufenthalt weiter beobachtet werden.³¹⁷

Daneben gab es Patienten, die aus der Chirurgischen Klinik in andere Kliniken oder Einrichtungen verlegt wurden. Dies waren 1928 4,4% aller Patienten und in den anderen beiden Jahrgängen waren es jeweils 6%. Dazu gehörten z.B. Frauen mit unklaren Bauchbeschwerden, bei denen die Untersuchungen keine chirurgische Diagnose ergeben hatte, die in die Frauenklinik verlegt wurden. Patienten, die nach Behandlung einer chirurgischen Krankheit noch an Diabetes mellitus, Scharlach oder anderen behandlungsbedürftigen Infektionskrankheiten litten, verlegte man in andere Abteilungen wie der Medizinischen oder Kinderklinik. Ebenso wurde bei entsprechenden Krankheitsbildern in die Nerven-, Augen- oder Hautklinik verlegt. In den Kriegsjahren

³¹⁶ Vgl. Lauber / Studemeister, Frakturen, 1950, S. 150

³¹⁷ Identifikationsnummer 0726, Aktennummer 1944/410

wurden die Patienten teilweise in sogenannte „Hilfskrankenhäuser“ aufgrund von Platzmangel verlegt. Die nächstgelegenen Hilfskrankenhäuser waren in Wehrda oder Goßfelden. Daneben wurde in Heilanstalten oder das Gymnasium Philippinum verlegt, das sogar einen kleinen Operationsraum aufwies.

Nach dem Bombenangriff am 22.2.44 wurde Pat. ins Hilfskrankenhaus Wehrda verlegt, von wo er zur Stumpfkorrektur ins Gymnasium verlegt wird.

Abb. 10: Beispiel einer Verlegung aus der Marburger Chirurgischen Klinik, da diese durch einen Bombenangriff teilweise zerstört wurde ³¹⁸

Die Marburger Chirurgische Klinik wurde im Jahr 1944 durch Bomben teilweise zerstört. Die Patienten, die verlegungsfähig waren, wurden deshalb in anderen Marburger Gebäuden, wie dem ATV- Haus (einem studentischen Verbindungshaus), untergebracht. Die Verlegung erfolgte erst, nachdem sich die Patienten in einem stabilen Zustand nach einer Therapie befanden, d.h. meistens nach 2-3 Wochen.

Ein Zwangsarbeiter wurde nur 5 Tage nach einer Appendektomie auf die „Krankenstation“ in das Kriegsgefangenenlager in Treysa entlassen. Die Aufenthaltsdauer nach einer Appendektomie lag sonst normalerweise bei durchschnittlich 14,3 Tagen. Inwieweit sich der Patient in Treysa weiter von der Operation „erholen“ durfte oder ob er sofort wieder zur Zwangsarbeit herangezogen wurde, ist nicht bekannt.

In Marburg haben insgesamt weniger als 2% der Patienten das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat verlassen. Dafür mussten sie, wie heutzutage auch üblich, eine Unterschrift leisten.

³¹⁸ Identifikationsnummer 0659, Aktennummer 1944/288. Hierbei handelt es sich um einen 16-jährigen Jungen, der im November 1943 aus einem Lager ausgebrochen war und sich Erfrierungen an den Füßen zugezogen hatte und deswegen unterschenkelamputiert werden musste. Er wurde nach 26 Tagen verlegt.

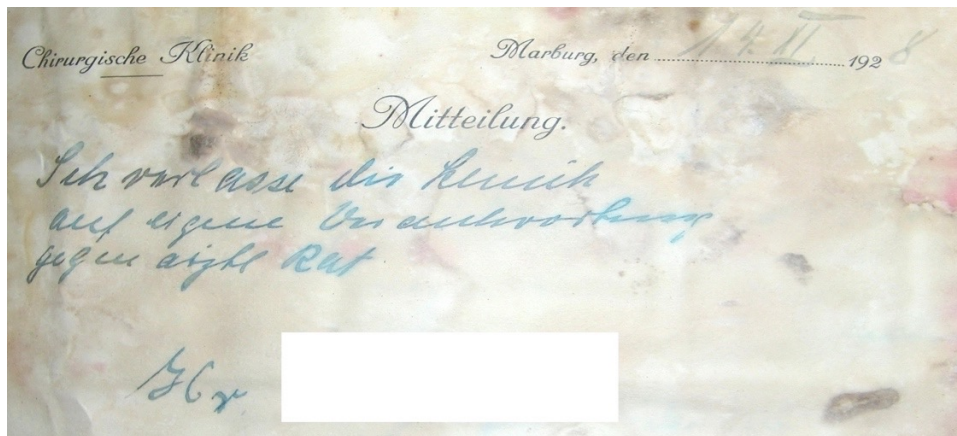


Abb. 11: Beispiel aus einer Patientenakte: Entlassung gegen ärztlichen Rat („Ich verlasse die Klinik auf eigene Verantwortung gegen ärztl. Rat“). ³¹⁹

Teilweise waren sie Selbstzahler und konnten sich keinen längeren Aufenthalt leisten. Sie blieben nur so lange in der Klinik, wie sie es für nötig hielten bzw. solange das Geld reichte. So wurde z.B. eine 44-jährige Frau wegen eines Abszesses an der Hand 1941 in die Chirurgische Klinik aufgenommen. Der Abszess wurde inzidiert und die weitere Behandlung bestand in Kamillebädern und Bewegungsübungen. Nach 29 Tagen wurden der Patientin die Kosten zu hoch und sie entschied sich gegen ärztlichen Rat, die Klinik zu verlassen.³²⁰ Des Weiteren gab es Patienten, denen es so schnell wieder besser ging, dass sie nicht länger in der Klinik behandelt werden wollten, wie z.B. nach einer komplikationslosen Commotio cerebri. Ein 55-jähriger Mann lehnte eine Operation bei einem Rezidiv einer Struma ab und verließ daraufhin ebenfalls die Klinik gegen ärztlichen Rat.³²¹ 10 von 17 Patienten, die die Klinik auf eigenen Wunsch verließen, waren Männer. Sie waren häufig erwerbstätig und mussten für ihre Familie sorgen. Der älteste Patient, der gegen ärztlichen Rat die Klinik verließ, war 55 Jahre, der Jüngste 6 Jahre alt. In diesem Fall trafen die Eltern diese Entscheidung. Generell war diese Entlassungsart aber eher selten, da die Ärzte die Patienten sowieso nicht länger als nötig in der Klinik behielten.

³¹⁹ Identifikationsnummer 0152, Aktennummer 1928/1604, 53-jähriger Landarbeiter mit einer Handwunde. Er hat die Klinik nach erfolgter Wundversorgung nach 5 Tagen verlassen

³²⁰ Identifikationsnummer 0590, Aktennummer 1941/583

³²¹ Identifikationsnummer 0844, Aktennummer 1944/2582

5.11 Aufenthaltsdauer der Patienten

Auf dem Deckblatt der Marburger Krankenakten sind der Aufnahme- und der Entlassungstag angegeben. Daraus lässt sich die Aufenthaltsdauer der Patienten in der Klinik berechnen. Je nach Krankheitsbild variierte sie sehr stark.

1913 betrug die durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern rund 27 Tage. Nach dem Ersten Weltkrieg erhöhte sie sich, bis in die Mitte der 20er Jahre bei 30 Tagen lag. Danach sank sie bis zum Zweiten Weltkrieg wieder auf durchschnittlich 25 Tage ab.³²² Je nach Institution waren die Liegezeiten aber auch sehr unterschiedlich, z.B. in Privatkliniken kürzer als in Krankenhäusern und bei konfessionellen geringer als bei gemeinnützigen Häusern. Die Ärzte wurden bereits 1928 angehalten, die Krankenhausaufenthalte nicht unnötig zu verlängern, da es zu einer Mehrbelastung der Krankenkassen und der gesamten Volkswirtschaft führte.³²³ Das Thema der langen Krankenhausaufenthalte zog sich als roter Faden durch die medizinischen Fachblätter der Kriegsjahre. Als leitender Arzt der Chirurgischen Klinik des Heinrich-Braun-Krankenhauses in Zwickau verfasste Kuhlenkampff 1944 einen Artikel mit dem Titel „Zur Abkürzung der Krankenhausbehandlung“. Die Behandlungszeiten sollten möglichst kurz sein, da die Krankenhausbetten unter anderem von Verwundeten und der Zivilbevölkerung kriegsbedingt sehr beansprucht wurden. Außerdem war er der Meinung, dass in Krankenhausbehandlung nur schwerst Kranke gehören und zu lange Aufenthalte nur zu einer „Verweichlichung“ führe. Er konnte über Jahre nach und nach die Liegezeit verkürzen, bis er 1943 eine durchschnittliche Liegezeit von 16,5 Tagen in seiner Klinik erreichte. Durch die Versorgung der Frakturen mit der Klapp'schen Drahtextension lag die Liegezeit in seiner Klinik bei Unterschenkelfrakturen nur noch bei 4 Wochen und bei Oberschenkelfrakturen bei 4-6 Wochen. Patienten nach Appendektomien wurden nach 8-10 Tagen und Patienten nach Leistenbruch-Operationen nach 7 Tagen entlassen. Erreicht wurde dies vor allem durch schnelle Operationsentscheidungen, so dass die Operationen oft am Tag der Einlieferung stattfanden, ohne vorher detaillierte Diagnostik vorgenommen zu haben. Kuhlenkampff war der Meinung, dass dies für die Patienten angenehmer war als das manchmal tagelange Warten auf eine Operation. Bei weniger innerer Anspannung der Patienten sei der Narkosemittelverbrauch ebenfalls zurückgegangen, wodurch weniger Nebenwirkungen

³²² Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S.65

³²³ Vgl. Reckzeh: Beobachtungen über den Krankenstand und die Krankenbehandlung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin, in: DMW, 54. Jg., Heft 30 (1928), S. 1260

auftraten. Präoperative Diagnostik wie Röntgenuntersuchungen, Zystoskopien oder Probeexzisionen wurden direkt am Aufnahmetag erledigt und die Operationsmethoden angepasst, um die Patienten schneller mobilisieren zu können. Appendektomierte z.B. betäubte man nach der Operation in Allgemeinnarkose örtlich mit Lokalanästhetika. Schließlich wurden auch prophylaktische Maßnahmen durchgeführt: „Konstitutionelle Stoffwechselschwächlinge“ waren beispielsweise bei längerer Liegedauer gefährdeter, Sekundärerkrankungen wie einen Dekubitus zu erleiden, oder die Wundheilung verlief schlechter. Stärkung und eine gewünschte Gewichtszunahme zur Verhinderung der Komplikationen erfuhren sie durch intravenöse Glucoseinfusionen oder Einnahme von Lebertran. Kuhlenkampff forderte, dass man von den Patienten verlangen sollte, was man auch von sich selbst verlange, sich so rasch wie möglich wieder an die Arbeit zu begeben, um die Restbeschwerden zu überwinden.³²⁴ Ob diese genannten Maßnahmen dem Patientenwohl zu Gute kamen, ist fraglich. Die Situation der Bettenknappheit ließ allerdings keine andere Möglichkeit zu als zügige Entlassungen. Die Marburger Chirurgen Lauber und Studemeister berichten jedoch, dass bei der Entlassung ebenfalls mehrere Faktoren eine Rolle spielten: Entfernung zum Heimatort, persönliche Verhältnisse, Straßenverhältnisse und der Stand der Heilung.³²⁵

Patienten	Aufenthaltsdauer in Tagen		
	1928	1940/41	1944
Männer	27,3	24,3	23
Frauen	21,8	22,6	21,6

Tab. 4: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der weiblichen im Vergleich zu den männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

Im Vergleich der ausgewerteten Patientenakten der Marburger Chirurgischen Klinik von 1928 bis 1944 sank generell die Dauer des Aufenthaltes im Krankenhaus. Die männlichen Patienten lagen jeweils einige Tage im Durchschnitt länger in der Klinik als Frauen. Insgesamt lässt sich die kürzere Verweildauer in der Klinik während des Zweiten

³²⁴ Vgl. Kulenkampff, D.: Zur Abkürzung der Krankenhausbehandlung, in: DMW, 70. Jg., Heft 35/36 (1944), S. 501- 503

³²⁵ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 153- 154

Weltkrieges durch die Überbelegung erklären. Zügige Entlassungen wurden angestrebt, um Platz für neue, evtl. durch den Krieg verwundete Patienten zu haben.

Weshalb die Verweildauer der weiblichen Patienten im Durchschnitt fast konstant blieb, ist nur zu spekulieren. Wurden Frauen zügiger entlassen, damit sie sich wieder um ihre Familien kümmern konnten? Oder waren die Operationen bzw. Krankheitsbilder weniger schwerwiegend als bei den männlichen Patienten?

Unter Berücksichtigung aller ausgewerteten Patientenakten der Chirurgischen Klinik sank die Aufenthaltsdauer um fast 3 Tage im hier betrachteten Zeitraum von 25,2 auf 22,4 Tage (1928 25,2 Tage, 1940/41 22,8 Tage und 1944 22,4 Tage). Zwischen 1940/41 und 1944 verkürzte sich die Verweildauer nicht mehr signifikant. Ein Vergleich der Aufenthaltsdauer ist möglich, da sich das Diagnosespektrum der Patienten in diesen Jahren nicht auffällig änderte.

Diagnosen	Aufenthaltsdauer in Tagen		
	1928	1940/41	1944
Appendizitis	14,9	13,9	10
Fraktur	40,3	34,9	23,8

Tab. 5: Entwicklung der Aufenthaltsdauer am Beispiel der Diagnosen Appendizitis und Fraktur in der Marburger Chirurgischen Klinik von 1928 bis 1944

Die Appendizitis war eine der häufigsten behandelten Krankheitsbilder in der Chirurgischen Klinik. Im betrachteten Zeitraum änderte sich die Operationsmethode nicht, eher bestanden im Krieg schlechtere Behandlungsbedingungen, und trotzdem sank die Aufenthaltsdauer um fast 5 Tage.

Ebenfalls wurden sehr häufig Frakturen in der Marburger Chirurgischen Klinik versorgt. Diese Patienten lagen in den Kriegsjahren wesentlich kürzer in der Klinik als zu Friedenszeiten. 1928 wurden sie noch durchschnittlich 40 Tage und 1944 nur knapp 24 Tage in der Klinik therapiert, was wie bei der Appendizitis in der Bettenknappheit begründet lag. Patienten mit Frakturen, die operiert wurden, lagen fast doppelt so lange in der Klinik wie Patienten mit Frakturen, die im Gips ruhiggestellt wurden (39,8 versus 20,7 Tage). Der längere Krankenhausaufenthalt bei operierten Patienten lag darin begründet, dass diese Frakturen schwerwiegender waren. 1940/41 und 1944 war der Anteil der operierten Frakturen höher als 1928, d.h. im Krieg wurden mehr Patienten mit

schwereren Frakturen stationär behandelt als zu Friedenszeiten. Hier würde man erwarten, dass daher die Verweildauer in den Kriegsjahren höher lag, aber dem ist nicht so. Auch dies beweist erneut den Drang zu zügigen Entlassungen aus dem Krankenhaus. Die Marburger Chirurgen Lauber und Studemeister werteten Patientenakten der Jahre 1928 bis 1942 aus: Sie stellten fest, dass vor allem Frakturen der unteren Extremitäten zu besonders langen Klinikaufenthalten führten, da die Patienten sich nicht allein fortbewegen konnten und teilweise mehrwöchige Drahtextensionsbehandlungen notwendig waren.³²⁶ Tatsächlich führten auch in meiner Auswertung Frakturen, die jedoch nicht weiter spezifiziert wurden, häufig zu langen Verweildauern in der Chirurgischen Klinik (Tab. 5).

Aus einem Artikel der Deutschen Medizinischen Wochenschrift aus dem Jahr 1928 ist zu entnehmen, dass die Krankenhäuser durch Bettenknappheit ihre Patienten schneller entlassen mussten. Die häufig schlechte finanzielle Lage der Kommunen ließ keine Neubauten von Krankenhäusern zu. So war z.B. in Berlin-Friedrichshain die durchschnittliche Liegedauer von Patienten mit Malleolarfrakturen von 26 Tagen im Jahr 1920 auf nur noch 7 Tage im Jahr 1927 gesenkt worden.³²⁷ Die Tendenz einer frühzeitigeren Entlassung bestand sicherlich auch in Marburg. Zudem spielte in den Kriegsjahren Platzmangel, gerade in der Chirurgischen Klinik durch Bombenangriffe zerstörte Gebäude, eine Rolle bei den Entlassungen. In einigen Patientenakten war z.B. angegeben, dass der Patient verfrüht wegen Platzmangel aus der Klinik entlassen wurde.

Pat. wird wegen Platzmangel poliklinisch ent-
lassen zur medico-mechanischen Behandlung.

Abb. 12: Beispiel eines Eintrages zur frühzeitigen stationären Entlassung in einer Patientenakte der Marburger Chirurgischen Klinik. ³²⁸

Der Großteil der Patienten wurde allerdings mit dem Standardsatz auf der letzten Seite der Krankenakte nach Hause entlassen: „Patient wird mit gut verheilten Wunden nach Hause entlassen“.

³²⁶ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 153

³²⁷ Vgl. Katzenstein, DMW, 54. Jg., Heft 14 (1928), S. 571

³²⁸ Identifikationsnummer 0398, Aktennummer 1940/2418: 30-jähriger Mann mit Messerstichverletzung. Er wurde in Lokalanästhesie von Studemeister operiert und nach 10 Tagen vorzeitig entlassen.

6 Allgemeinzustand der Marburger Patienten

6.1 Kräftezustand der Patienten

Bei der Beurteilung des Kräftezustandes (KZ) wird die körperliche Kraft, aber auch Ausdruck, Motorik, Haltung und Reaktionsfähigkeit des Patienten betrachtet. Der Begrüßungshändedruck des Patienten lässt oft schon auf die körperliche Kraft deuten. In der Anamnese ist die Beurteilung des KZ besonders bei chronisch Kranken oder noch nicht ausgewachsenen Patienten wichtig.³²⁹

Der KZ wurde in den ausgewerteten Patientenakten entweder als „gut“, „ausreichend“ oder „reduziert“ angegeben oder als „gut“, „mäßig“ oder „schlecht“. Um bei der statistischen Auswertung einheitliche Angaben zu erzielen, wurden in der Datenbank alle Kräftezustandsbegriffe als „gut“, „ausreichend“ oder „reduziert“ bezeichnet und eingetragen. In den meisten Patientenakten war der KZ vermerkt.³³⁰

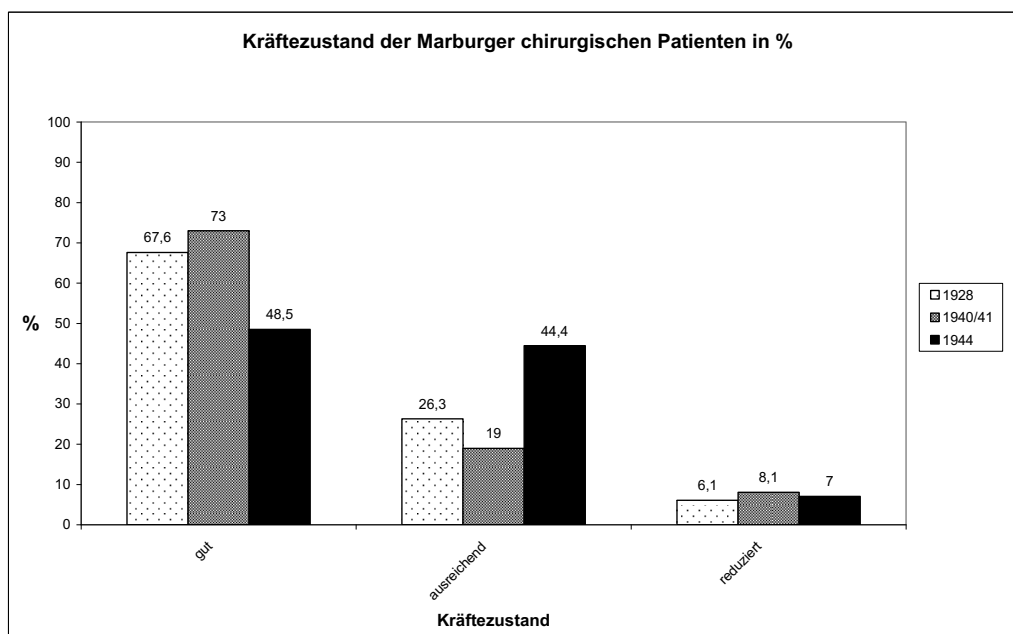


Abb. 13: Prozentuale Angabe der Kraftzustände der Marburger chirurgischen Patienten in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

In der Chirurgischen Klinik wurde die Mehrheit der Patienten mit gutem KZ aufgenommen. 1928 und 1940/41 wiesen mehr als 2/3 aller Patienten einen guten KZ auf, während es 1944 nur die Hälfte waren. Mit schlechtem KZ wurden insgesamt nur Wenige

³²⁹ Vgl. Dahmer, Jürgen: Anamnese und Befund. Die symptomorientierte Patientenuntersuchung fächerübergreifend-interaktiv-praxisbezogen, Stuttgart/ New York 2006, S. 157

³³⁰ Angabe des KZ: 1928 bei 82,3%; 1940/41 bei 70,3% und 1944 bei 90% der Patientenakten

stationär behandelt. Der Anteil lag zwischen 6 und 8% und stand oft in Korrelation zum Ernährungszustand (vgl. Kapitel 6.2). Patienten mit reduziertem Ernährungszustand (z.B. bei fortgeschrittenem Karzinom) hatten häufig auch einen reduzierten KZ. Ansonsten kam ein reduzierter KZ vor allem bei akuten lebensbedrohlichen Erkrankungen wie inkarzerierten Hernien, Ileus oder Leberruptur sowie bei starken Schmerzzuständen vor. 1/3 der in der Chirurgischen Klinik Verstorbenen wurde bereits mit einem reduzierten KZ aufgenommen. Bei Vergleichen zwischen den KZ der Männer und Frauen sind keine Unterschiede festzustellen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten mit reduziertem KZ lag bei 32,7 Tagen, d.h. diese Patienten hielten sich ungefähr 9 Tage länger in der Klinik auf als der Durchschnitt (durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Patienten: 23,5 Tage). Diese Zahlen verdeutlichen, dass ein reduzierter KZ zu einem längeren Krankenhausaufenthalt führte.

Im Jahr 1944 lag der Anteil der Patienten mit gutem KZ niedriger als noch 1940/41 oder 1928. Dafür war allerdings der Anteil der Patienten mit ausreichendem KZ mit 44,4% sehr hoch. Es können nur spekulative Aussagen darüber gemacht werden, weshalb der KZ im fünften Kriegsjahr schlechter war. Durch die große Bettennot und die steigende Zahl der Verletzten konnten in den Krankenhäusern nur noch Patienten mit schweren Krankheiten stationär aufgenommen werden und sie waren daher in reduzierterem KZ. Je länger der Krieg andauerte, desto schlechter wurde auch die medizinische Versorgung der Bevölkerung und nur noch selektierte Patienten wurden stationär versorgt und viele frühzeitig wieder entlassen. In Marburg konnten auch leichtere Erkrankungen in der chirurgischen Poliklinik ambulant versorgt werden.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der KZ kein objektiv messbarer Wert ist, sondern subjektiv nach dem Empfinden des Arztes bewertet wurde. So ist in einigen Patientenakten der angegebene KZ nicht nachvollziehbar. 1944 wurde z.B. ein 68-jähriger Landarbeiter mit Schädelbasisfraktur aufgenommen. In seiner Akte wurde ein guter KZ notiert, obwohl er aufgrund seiner schlechten Diagnose am nächsten Tag verstarb.³³¹ Ebenfalls wurde 1941 ein 34-jähriger Arbeiter nach Berufsunfall mit Querschnittslähmung bei Wirbelkörperfrakturen in angeblich gutem KZ aufgenommen. Er verstarb ebenfalls nach 10 Tagen.³³² Dies sind nur zwei Beispiele, bei denen die

³³¹ Identifikationsnummer 0815, Aktennummer 1944/2758

³³² Identifikationsnummer 0542, Aktennummer 1941/520

Krankheitsbilder so schwerwiegend waren, dass die Patienten eigentlich schon bei der Aufnahme in schlechtem KZ gewesen sein müssten.

6.2 Ernährungszustand der Patienten

In den Aufnahmebögen der Marburger Chirurgischen Klinik notierten die Ärzte meistens den Ernährungszustand (EZ) der Patienten. 1928 wurde er in den Akten als „kräftig“, „mittelkräftig“ und „schmal“ angegeben. In den anderen beiden ausgewerteten Jahrgängen erfolgte die Einteilung des EZ in „gut“, „ausreichend“ und „reduziert“. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden alle Angaben zum EZ einheitlich mit den Ausdrücken „gut, ausreichend, reduziert“ in die Datentabelle aufgenommen. Es gab jedoch auch Akten ohne Angaben zum EZ.³³³ Da die Beurteilung des EZ vom behandelten Arzt ebenfalls wie der KZ subjektiv erfolgte, wäre eine Angabe des Body-Maß-Index (BMI) bei den ausgewerteten Akten aussagekräftiger. Hierfür müsste aber neben dem Körpergewicht auch die Körpergröße bekannt sein. Diese beiden Angaben sind jedoch nur sehr selten in den Patientenakten vermerkt, so dass eine Ermittlung des BMI nicht möglich war.

Unterernährt, d.h. ein reduzierter EZ war in den 1920er und 30er Jahren vor allem bei Erwerbslosen und Arbeitern zu sehen. Ein Arbeiter verdiente z.B. nur ca. 55% von dem, was er eigentlich für einen ausreichenden Lebensunterhalt benötigte. Etwa 3000 Kalorien täglich sollte ein körperlich arbeitender Mensch zu sich nehmen, doch tatsächlich waren es meist weniger als die Hälfte. Die Unterernährung betraf einen erheblichen Teil der deutschen Bevölkerung, dennoch traten kaum Avitaminosen oder Eiweißmangelödeme auf, wie sie noch typischerweise in der Zeit des Ersten Weltkrieges aufgetreten waren.³³⁴ Die Fürsorgestellten leisteten einen erheblichen Beitrag zur Sicherstellung ausgewogener Ernährung. Durch die verbesserte Ernährung und sportliche Betätigung veränderte sich die Körperstatur der Jugendlichen.³³⁵ Regelmäßige Leibesübungen wurden in der Freizeit und Schule propagiert und nahmen eine zentrale Stellung ein. Die Zunahme des Thoraxvolumens begünstigte eine bessere Entfaltung und Entwicklung der Atmungsorgane. Man nahm an, dass dies vor Tuberkulose schütze.³³⁶

³³³ Der Anteil ohne Angabe des EZ lag 1928 bei 17,7% und 1940/41 bei 30,3% und 1944 bei 9,7%

³³⁴ Vgl. Boenheim, Felix: Über Unterernährung, in: DMW, 59. Jg., Heft 8 (1933), S. 296- 298

³³⁵ Vgl. Ascher, L.: Die Volksgesundheit während der Wirtschaftskrise, in: DMW, 59. Jg., Heft 9 (1933), S. 336

³³⁶ Vgl. Arnold, A.: Der Einfluß der Leibesübungen auf den wachsenden und erwachsenen Körper, in: DMW, 59. Jg., Heft 32 (1933), S. 1236- 1237

Als der Zweite Weltkrieg begann, wurden aufgrund der Erfahrungen aus dem Ersten Weltkrieg die Lebensmittel von Beginn an rationiert. Die Zuteilung wurde über Lebensmittelkarten geregelt. Fritz Süllwold hat in seinem Buch „Deutsche Normalbürger 1933-1945“ Menschen befragt, die zu dieser Zeit gelebt haben. 95% empfanden die Rationierungen „als sachlich angemessen“.³³⁷ Marburger Einwohner gaben an, dass es zunächst trotz der Rationierungen keine großen Einschränkungen gab. Die Rationierungen entsprachen ungefähr dem Lebensmittelverbrauch von vor dem Krieg. Erst ab 1943 wurden in Marburg z.B. Fleischrationen gekürzt, und ab März 1945 gab es keine Kartoffeln, keinen Zucker und kaum noch Roggenbrot. Die Zuteilungen mussten für einen längeren Zeitraum ausreichen. Eine Zeitzeugin berichtete: „ja sicher, die Sache mit den Südfrüchten, das merkte man dann sofort [...], aber irgendwie Hunger oder gar Unterernährung, davon kann keine Rede sein. Wir haben's den andern Ländern halt weggenommen“. Die ländliche Bevölkerung konnte sich durch eigenen Lebensmittelanbau ausgewogener ernähren. Stadtbewohner, die Kontakt zu Bauern hatten, konnten Tauschgeschäfte eingehen.³³⁸ Der Tauschhandel war allerdings illegal und wurde streng geahndet.³³⁹ Auch mussten Polizisten teilweise Kartoffelfelder bewachen, da diese sonst illegal abgeerntet wurden.³⁴⁰ Aufgrund der ausgedehnten Landwirtschaft in Marburgs Umgebung kam es dort nicht zur Hungersnot.

„Luxusartikel“ waren mit zunehmender Kriegsdauer schwerer zu bekommen. Dadurch blühte der Schwarzmarkt auf. Außerdem mussten wegen Mangel immer mehr Ersatzstoffe hergestellt werden, wie z.B. Kunsthonig, Trockengemüse, Ei-Ersatz und Ersatzwurst. Pferdefleisch fand plötzlich große Abnahme bei der Bevölkerung.³⁴¹ Kreative Rezeptvorschläge und Kriegskochbücher machten die Runde. Eine Art Leberwurst konnte z.B. aus Kartoffeln, Bucheckern und Zwiebeln hergestellt werden.³⁴² Es gab aber auch Zeiten, in denen Lebensmittelgeschäfte unregelmäßig und nicht ausreichend beliefert wurden, so dass die Bevölkerung ihre Lebensmittelmarken nicht einlösen konnte.³⁴³ Die Rationen mussten auch weiter gekürzt werden. Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges erhielten Schwerarbeiter noch Zulagen, die jedoch schon im Juli

³³⁷ Vgl. Süllwold, Fritz: Deutsche Normalbürger 1933- 1945, Erfahrungen, Einstellungen, Reaktionen, München 2001, S. 104

³³⁸ Bimmer/ Brand/ Dehnert et al, 1985, Zitat S. 9

³³⁹ Vgl. Süllwold, Normalbürger, 2001, S. 104

³⁴⁰ Vgl. Horbelt, Rainer/ Spindler, Sonja: Wie wir hamsterten, hungerten und überlebten. Zehn Frauen erzählen. Erlebnisse und Dokumente, Frankfurt am Main 1983, S. 10

³⁴¹ Vgl. Schreckenber, Heinz: Ideologie und Alltag im Dritten Reich, Frankfurt am Main 2003, S.453

³⁴² Vgl. Courage 3, Alltag im 2. Weltkrieg, Berlin 1980, S. 30

³⁴³ Vgl. Kleindienst, Jürgen: Gebrannte Kinder, Kindheit in Deutschland 1939- 1945, 61 Geschichten und Berichte von Zeitzeugen, Berlin 1998, S. 194

1940 gestrichen wurden.³⁴⁴ Insgesamt ist aber festzuhalten, dass bis 1943 eine ausreichende Ernährungssituation aufrecht erhalten werden konnte. Möglich wurde dies allerdings nur durch beschlagnahmte Lebensmittel aus den besetzten Gebieten. Danach verschlechterte sich die Situation³⁴⁵ und spitzte sich besonders nach Kriegsende zu. Zum Überleben wurden häufig „Hamsterfahrten“ aufs Land unternommen.³⁴⁶

Ärzte konnten für unterernährte oder besonders kranke Patienten Essenszulagen beantragen. Ein Patient mit einem Magencancer z.B. bekam für ein Jahr zusätzliche Nahrungsmittel, die leicht verdaulich waren.³⁴⁷ Sie benötigten kohlehydratreiche Kost und trockenes Brot, das nur über die Zulagen zu bekommen war.³⁴⁸ In den ausgewerteten Patientenakten sind jedoch keine Vermerke hinsichtlich spezieller Kostformen oder ergänzender Kost ersichtlich.

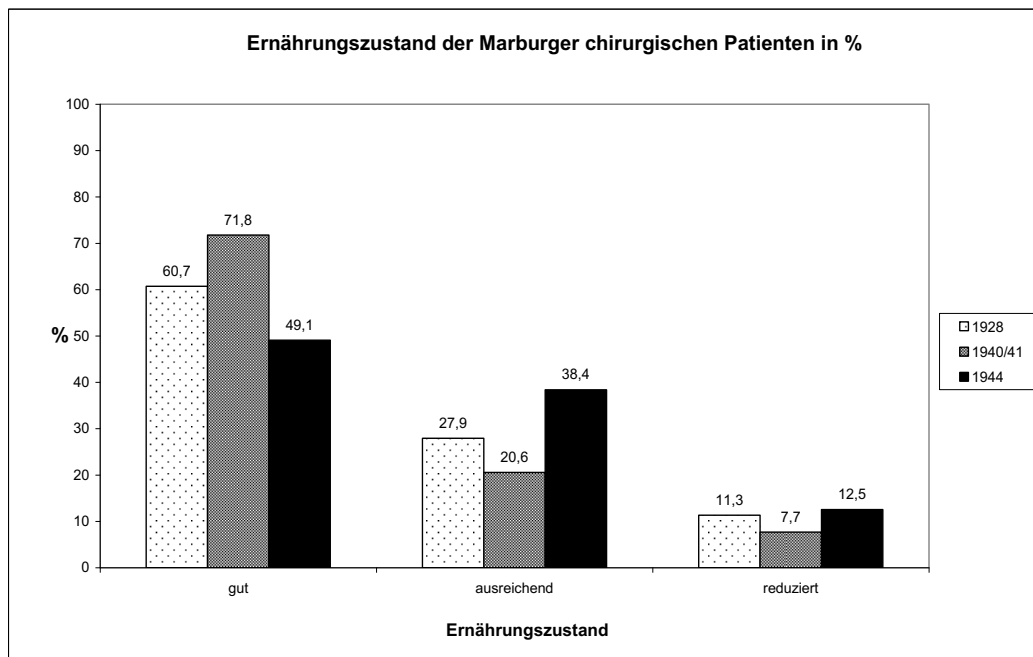


Abb. 14: Ernährungszustand in Prozent der Marburger chirurgischen Patienten in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

Über 60% der Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik, bei denen ein EZ angegeben war, wurden 1928 mit einem guten EZ aufgenommen. Im Jahr 1940/41 waren sogar über

³⁴⁴ Vgl. Focke/ Reimer, Hakenkreuz, 1979, S. 183

³⁴⁵ Vgl. Kuczynski, Jürgen: Geschichte des Alltags des deutschen Volkes 1928-1945, Berlin 1982, S. 378

³⁴⁶ Vgl. Richter, Ulrike/ Busch, Arnold/ Schröder, Herbert/ Rott, Evelyn: Alltag im Nachkriegsdeutschland. Frauenleben und -schicksal nach dem 2. Weltkrieg in Hannover, Hannover 1985, S. 24

³⁴⁷ Vgl. Schenck, E.: Diätetik im Kriege, in: DMW, 70. Jg., Heft 5/6 (1944), S. 69

³⁴⁸ Vgl. Brühl, Wilhelm: Die Diätbehandlung des Ulkus und der Gastritis im Kriege, in: DMW, 68. Jg., Heft 48 (1942), S. 1167

70% der Patienten gut ernährt. Der Anteil der Patienten mit ausreichendem und reduziertem EZ war somit niedriger als noch im Jahr 1928. Im 5. Kriegsjahr 1944 wurde immerhin noch knapp die Hälfte der Patienten in gutem EZ aufgenommen. Der Anteil der Patienten mit reduziertem EZ mit 12,5% war nur unwesentlich höher als 1928 trotz Einschränkung der Lebensmittelzufuhr im Krieg.

Unterernährungen waren in Marburg eher unüblich. Diese Aussagen bestätigen und unterstützen die Berichte der Zeitzeugen.³⁴⁹ Auch zeigten sich bei der Auswertung der Marburger Patientenakten keine signifikanten Unterschiede zwischen dem EZ der Männer und der Frauen.

Unter den Diagnosen der Marburger Chirurgischen Klinik, die Patienten mit reduziertem EZ zuzuordnen sind, waren Krebserkrankungen, aber auch Frakturen, Appendizitiden, Prostatahypertrophien, Leistenhernien und Ileus. Auffällig ist, dass die Patienten, die mit gutem EZ aufgenommen wurden, jünger waren. Sie hatten einen Altersdurchschnitt von 30,3 Jahren, während unter den Patienten mit reduziertem EZ der Altersdurchschnitt um fast 17 Jahre höher lag. Auch ist die Sterblichkeit der Patienten mit reduziertem im Vergleich zu denen mit gutem EZ stark erhöht gewesen. Die Sterblichkeit der schlecht ernährten Patienten lag bei 20,5% und die der gut Ernährten bei nur 2,8%, was mit der Schwere der Erkrankungen zu tun hat.

In Zusammenschau der zeitgenössischen Angaben sowie anhand der Krankenaktenauswertung war die Ernährungssituation in Marburg, vor allem durch die ländliche Umgebung, verhältnismäßig gut. Bisher gibt es keine Vergleichsstudien aus anderen Krankenhäusern bezogen auf die Ernährungssituation.

7 Diagnosen der Marburger Patienten

Das Krankheitsspektrum in den Krankenhäusern änderte sich seit Ende des 19. Jahrhunderts. Infektionskrankheiten waren seltener, dafür nahmen die Atemwegserkrankungen, Hautkrankheiten sowie Erkrankungen des Verdauungssystems zu. Unter den Hauterkrankungen war die Krätze sehr ansteckend und häufig, so litten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zu 50% aller Krankenhauspatienten daran. Durch bessere hygienische Bedingungen wiesen im frühen 20. Jahrhundert nur noch 3-

³⁴⁹ Vgl. Bimmer/ Brand/ Dehnert et al, Alltagsleben, 1985, S. 5-10

4% der Patienten Krätze auf. Dafür spielten die Infektionskrankheiten wieder eine größere Rolle, allen voran die Tuberkulose. Danach folgten Erkrankungen des Verdauungssystems und Verletzungen bzw. Unfälle. Diese traten vorwiegend bei jungen Patienten auf.³⁵⁰

In jeder Patientenakte der Marburger Chirurgischen Klinik wurde eine Diagnose vermerkt.

Diagnosen	1928 (in %)	1940/41 (in %)	1944 (in %)
Appendizitis	18,3	12	11
Fraktur	6,3	13,7	13,7
Karzinom	5,7	6	8,3
Verletzung obere Extremität	8	6,7	6,3
Verletzung untere Extremität	6,3	5,7	7,7
orthopädische Erkrankungen	10,3	6,3	6
Erkrankungen des Verdauungstraktes	9,7	3,7	8
urologische Erkrankungen	4,3	6,3	5,3
Kopfverletzungen	2,7	5	3,3
entzündliche Prozesse	3,3	5,7	5,3
Hernien	8,7	8	6,3
Struma	2	2	1,3
Tuberkulose	1,7	1,7	2,7
sonstige	12,7	17	15

Tab. 6: Prozentuale Verteilung der Krankheitsbilder in der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

Die Diagnosen in den ausgewählten Patientenakten wurden in Kategorien eingeteilt (siehe Tab. 6). Die häufigste Diagnose im Jahr 1928 war die Appendizitis. Sie machte fast 1/5 aller Krankheitsfälle in der Marburger Chirurgischen Klinik aus. Diese Erkrankung trat unabhängig von den Umgebungsbedingungen wie Krieg oder Frieden auf. Es ist ein akutes Krankheitsbild, das immer sofort chirurgisch behandelt werden muss und musste (vgl. Kapitel 14.1.1).

Der Appendizitis folgten die Frakturen als zweithäufigste Diagnose. 1928 hatten sie einen Anteil von 6,3% unter allen Krankheitsbildern, während er sich im Zweiten Weltkrieg auf 13,7% steigerte. Die Frakturen reichten von Humerus, Wirbelkörper, Femur, Rippen,

³⁵⁰ Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S.73-76

Clavicula, Fuß, Malleolus, Ellenbogen, Radius, Tibia, Fibula, Schulterblatt, Patella, Zehen, Kiefer, Olecranon, Schädelbasis über Schenkelhals bis zum Becken.

Zu den Karzinomerkrankungen, die mit einer Häufigkeit von 6,7% aller Diagnosen in der Marburger Chirurgischen Klinik vertreten waren, zählten das maligne Melanom, Sarkome, Magen-, Mamma-, Colon-, Rektum-, Harnblasen-, Nieren-, Kehlkopf-, Plattenepithel-, Prostata- und Ösophaguskarzinom. Sie traten wesentlich bei den älteren Patienten auf. Das Durchschnittsalter der krebserkrankten Patienten lag bei 55,9 Jahren, der jüngste Patient mit einem Nierenkarzinom war 5 Jahre alt, der älteste Patient mit einem Prostatakarzinom 79 Jahre alt. Am Mammakarzinom erkrankten aber auch jüngere Frauen. In der Chirurgischen Klinik wurden bei Mammakarzinomen die Ablatio mammae sowie die anschließende Strahlentherapie durchgeführt. Die Frauen waren im Alter von 43 bis 60 Jahren.

Durch Arbeitsunfälle mit Fräsen, Kreissägen und Axt sowie durch kriegsbedingte Geschosse, Explosionen und Granatsplitter kam es zu Verletzungen oder Infektionen der Extremitäten. Der Anteil der Verletzungen und Erkrankungen der oberen Extremitäten in der Chirurgischen Klinik betrug insgesamt 7%. Zu ihnen gehörten neben den oben beschriebenen Verletzungen Amputationen, Bursitiden, Dupuytren-Kontrakturen, Erysipele, infizierte Wunden, Messerstichverletzungen, Fingerpanaritien, Schnittverletzungen, Osteomyelitiden und Verbrennungen. Die Verletzungen und Erkrankungen der unteren Extremitäten traten in etwa gleich häufig auf. Es waren vor allem Verletzungen/Erkrankungen wie Bursitis, diabetisches Fußgangrän, Zehenpanaritium, erfrorene Zehen, Periostitis, Osteomyelitis, Hundebisse, Kniekontusionen, Stichverletzungen, Varizen und Ulcus cruris.

Insgesamt haben Kopfverletzungen, die meistens durch Unfälle mit Stürzen entstanden, in der Kriegszeit etwas zugenommen. Sie machten 3,7% aller ausgewerteten Diagnosen aus. Von den Kopfverletzungen war die Commotio cerebri am Häufigsten und schwerere Kopfverletzungen wie die Contusio cerebri traten nur selten auf. Der Übergang dieser Verletzungen war schleichend, wobei es klare Definitionen gab.³⁵¹

Patienten mit orthopädischen Krankheitsbildern wurden ebenfalls in der Chirurgischen Klinik behandelt, da es noch keine eigenständige orthopädische Klinik in Marburg gab. Ihr Direktor Klapp beschäftigte sich viel mit orthopädischen Erkrankungen, wie z.B. der

³⁵¹ Vgl. Bay, E.: Die Diagnose der Commotio cerebri, in: DMW, 66. Jg., Heft 12 (1940), S. 312-313. Bei einer Kopfprellung sei das zentrale Nervensystem (ZNS) gar nicht geschädigt, bei der Commotio cerebri käme es nur vorübergehend zu einem kurzzeitigen Bewusstseinsverlust und Amnesie. Bei der Contusio cerebri hingegen verbliebe ein langfristiger ZNS-Schaden.

Skoliose, und entwickelte eigene Therapien dazu. Zu den orthopädischen Erkrankungen, die in der Chirurgischen Klinik behandelt wurden, zählten Fußdeformitäten wie Platt-, Spitz-, Klump- und Hohlfüße. Außerdem wurden Luxationen der Hüfte und Schulter sowie Kyphosen, Hüftbeugekontrakturen, Chondropathien, Coxitiden, Epiphysenlösungen, Meniskusverletzungen, Pseudarthrosen, Arthritiden, Spondylitiden, Kinderlähmungen, Skoliosen und Spondylarthrosis deformans therapiert. Die orthopädischen Erkrankungen machten 1928 noch einen Anteil von 10,3% aller Erkrankungen aus. Da die Kapazitäten während des Zweiten Weltkrieges in der Chirurgie jedoch sehr knapp waren, wurden Patienten mit diesen Krankheitsbildern seltener stationär behandelt (etwa 6% Anteil an allen Erkrankungen).

Erkrankungen des Verdauungstraktes nahmen in der Chirurgischen Klinik einen Anteil von 7,1% aller Erkrankungen ein. Sie konnten größtenteils erfolgreich konservativ in der Medizinischen Klinik behandelt werden. In die Chirurgie wurden nur die therapieresistenten Patienten und die akuten Notfälle überführt, die sofort operiert werden mussten. Sie litten an Cholezystitis, Cholelithiasis, Gallenblasenempyem, Pankreatitis, Colitis, Duodenitis, Morbus Hirschsprung, Gastritis, Ileus, Invagination, gastroduodenalem Ulcus und Pylorusstenose. In den Jahren 1928 und 1944 kamen diese Krankheitsbilder signifikant häufiger als 1940/41 vor. Die Ursache ist unklar.

Der langjährige Oberarzt der Chirurgischen Klinik Boeminghaus war Spezialist auf dem Gebiet der urologischen Erkrankungen. Da es ebenfalls noch keine eigenständige urologische Klinik in Marburg gab, wurden diese Patienten in der Chirurgischen Klinik behandelt. In den ausgewerteten Krankenakten wurden urologische Krankheitsbilder wie Prostatahypertrophien, Prostatitiden, Phimosen, Hydrocelen, Cystitiden, Epidymiditiden, Uretersteine und -strikturen, Nephrolithiasis, Pyelitiden und Harnblasenblutungen sowie Harnverhalte aufgeführt. Sie machten insgesamt einen Anteil von 5,3% aller behandelten Diagnosen aus. Boeminghaus führte nach 1933 ebenfalls Zwangssterilisationen von männlichen Patienten in der Marburger Chirurgischen Klinik durch. In den Akten war allerdings nur ein Fall von Zwangssterilisation vorhanden.

Zudem wurden auch Patienten mit entzündlichen Prozessen wie Abszessen, Phlegmonen, Karbunkeln und Furunkeln behandelt. Bei diesen Krankheitsbildern war fast immer ein chirurgischer Eingriff indiziert, auch wenn es eher kleinere Operationen waren. Abszesse traten vor allem an den Achsel- und Leistendrüsen, am Hals, periproktisch, subkutan, am Kopf- und Steißbein auf. Phlegmonen traten an Fingern, Unter- und Oberarmen, Wangen, Knie und am Mundboden auf. Zur Therapie der Furunkel und Karbunkel hatte Direktor

Klapp eigene Methoden entworfen. Sie kamen vor allem an Körperstellen mit Haaren vor. Diese entzündlichen Prozesse konnten in jedem Alter auftreten und mussten stets chirurgisch behandelt werden. Daher war der Anteil der Patienten in allen Jahrgängen ungefähr gleich.

Hernien, die als Leisten-, Bauchnabel-, Narben- und Schenkelhernien vorkamen, machten insgesamt 7,7% aller in der Klinik aufgenommenen Erkrankungen aus. Diese wurden meistens operiert und konnten bei Inkarzeration sogar zum Notfall werden (siehe auch Kapitel 14.2.1).

Strumen, die operiert werden mussten, wurden ebenfalls in der Chirurgischen Klinik behandelt. Sie konnten eu-, hyper- oder hypothyreot sein. Nach den Grundumsatzbestimmungen und weiterer Diagnostik wurden die Patienten über einen längeren Zeitraum auf eine Operation vorbereitet. Nur bei schon bestehender lebensgefährlicher Thyreotoxikose mussten die Patienten sofort operiert werden. In den Jahren 1928 und 1940/41 machten die Strumen jeweils einen Anteil von 2% unter allen Diagnosen aus. Dieser sank 1944 auf 1,3% ab.

Die Tuberkulose war noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine der häufigsten Erkrankungen in den Krankenhäusern, die oftmals operiert wurde. Jedoch setzte sich die konservative Behandlung zunehmend durch, und die Tuberkulose verschwand allmählich aus der Chirurgischen Klinik. Die Tuberkulösen wurden hauptsächlich in Medizinischen Kliniken bzw. speziellen Sanatorien versorgt. Bei den hier ausgewerteten Patientenakten war der Anteil der Tuberkulosekranken sehr gering. Chirurgisch wurden nur noch Patienten mit Gelenktuberkulose versorgt, schließlich machte in den Jahren 1928 und 1940/41 die Tuberkulose nur einen Anteil von 1,7% aller Diagnosen aus. Während des Krieges nahm die Zahl der chirurgisch behandelbaren Tuberkuloseerkrankten wieder zu und auch in der Marburger Klinik machte sie nun 2,7% aller Erkrankungen aus (vgl. Kapitel 14.3.1).

Letztendlich gab es unter den behandelten Krankheiten einige, die sich in keine der verschiedenen Diagnosekategorien einordnen ließen. Insgesamt lag der Anteil der sonstigen Erkrankungen bei 14,9%. Dazu gehörten unter anderem Gaumenspalten, Hämangiome, Hämorrhoiden, Herpes Zoster, infizierte Hämatome, Kopfschwartenhämatome, Lipome, Lymphangiomen, Mastitis, Leberrupturen, Pleuraempyeme, stumpfe Bauchtraumen und Trigeminalneuralgien.

Die Frage nach typischen chirurgischen Männer- bzw. Frauenerkrankungen kann anhand der Statistiken beantwortet werden. Die Appendizitis kam mit einem Anteil von knapp 56% bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Erkrankungen an der Gallenblase waren eindeutig mit einem Frauenanteil von knapp 77% und die Strumen mit einem Anteil von 81% Frauenerkrankungen. Dagegen traten Leistenhernien typischerweise bei Männern auf (<70%). Auch Gehirnerschütterungen kamen in 81,5% der Fälle bei Männern vor, und bei den Frakturen lag der Männeranteil mit 67,3% ebenfalls deutlich höher als bei Frauen.

Die Diagnosen der Chirurgischen Klinik unterschieden sich bis auf wenige Ausnahmen in Friedenszeiten nicht von denen zu Kriegszeiten. Ausnahmen waren Schussverletzungen und Verletzungen durch Bombenangriffe. Auf Grund der Bettenknappheit im Krieg hätte man vermutet, dass nur noch Patienten stationär behandelt wurden, die wirklich schwer krank waren. Dies war nicht so, auch Patienten mit nicht absolut dringlichen Diagnosen wie Varizen wurden noch in der Klinik stationär behandelt. Die Situation änderte sich erst nach dem zweiten Bombenangriff auf die Chirurgische Klinik im März 1945. Durch die Zerstörung der Gebäude konnten bei der Zivilbevölkerung nur noch lebensbedrohliche Krankheiten wie inkarzerierte Hernien, perforierte Magenukzera und Repositionen von Frakturen vorgenommen werden. Im April warteten bereits etwa 500 zivile Patienten auf eine Operation.³⁵²

8 Labordiagnostik an der Chirurgischen Klinik

Im Labor der Marburger Universitätsklinik wurden je nach Bedarf und Erkrankung Urin-, Blut- oder Liquoruntersuchungen gemacht. Die entsprechenden Ergebnisse sind in den Patientenakten vermerkt.

³⁵² Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 1017: Um- und Erweiterungsbau der Chirurgischen Klinik 1944-52, Bericht Wiedhopf, 11.4.45

8.1 Blutuntersuchungen

Erst seit der Entdeckung der Erythrozyten als Bestandteile des Blutes durch Hayem³⁵³ im Jahr 1877 begannen Forschungen zu Blutanalysen.³⁵⁴

In der Chirurgie wurden Blutuntersuchungen regelmäßig durchgeführt, wenn die Ärzte dies für indiziert erachteten. Zudem konnte es bei der Entscheidungsfindung bzgl. Operabilität helfen. Beispielsweise durfte bei einer Agranulozytose keinesfalls operiert werden, da es hinterher zu schwersten Blutungen und Nekrosen kommen konnte.³⁵⁵ Blutanalysen nahmen jedoch viel Zeit in Anspruch und wurden daher nur durchgeführt, wenn das Krankheitsbild subakut und eine Operation aufschiebbar war. Eine Appendizitis ähnelt klinisch dem Paratyphus, der nicht durch Operation therapiert wird. Durch Bestimmung der Leukozyten im Blut war eine Unterscheidung möglich und unnötige Operationen konnten dadurch verhindert werden.³⁵⁶ Klinisch eindeutige Symptome zählten aber letztendlich mehr als Blutwerte, denn diese konnten im Anfangsstadium einer entzündlichen Erkrankung auch normal sein.³⁵⁷

In zeitgenössischen Veröffentlichungen wird die Blutuntersuchung wie folgt beschrieben: Die Blutentnahme erfolgte mit dem Stich einer Blutlanzette an der Fingerkuppe oder dem Ohrläppchen. Den Blutropfen ließ man auf ein Deckglas tropfen. Anhand eines Mikroskops konnten die Erythrozyten und die Leukozyten untersucht werden. Eine Erythrozytenzählung in entsprechenden Zählkammern war allerdings nur durch Verdünnung des Blutes mit Hayemscher Flüssigkeit möglich. Die Gesamtzahl ließ sich durch eine Berechnungsformel ermitteln. Ebenso verfuhr man bei der Leukozytenzählung, bei der man das Blut allerdings mit Essigsäure verdünnte. Um die Prozentanteile der verschiedenen Leukozyten zu bestimmen, zählte man 300-500 Leukozyten in einem Ausstrichpräparat und setzte sie in entsprechende Zahlenverhältnisse. Die Zählung der Thrombozyten war aufgrund der geringen Größe

³⁵³ Hayem, Georges: * 25.11.1841, † 28.08.1933. Der Franzose Hayem war Internist und Hämatologe und erfand die Hayemsche Lösung zum Erythrozytenzählen. Diese Lösung besteht aus Quecksilberchlorid, Natriumsulfat, Natriumchlorid und destilliertem Wasser. Hierdurch wird die Erythrozytenaggregation verhindert und es kommt zu einer Schrumpfung der Erythrozyten, so dass sie sich leichter zählen lassen.

³⁵⁴ Vgl. Zweifel, Paul: Zur Verhütung der postoperativen Lungenembolien, in: Archiv für Gynäkologie, Volume 111 (1919), S. 399

³⁵⁵ Vgl. Schultz, Werner: Der Nutzen des Blutbildes in der Chirurgie, in: DMW, 66. Jg., Heft 32 (1940), S. 881

³⁵⁶ Vgl. Esau: Das Blutbild zur Unterscheidung von Paratyphus B und Appendizitis, in: DMW, 54. Jg., Heft 19 (1928), S. 780- 781

³⁵⁷ Vgl. Siebner, M.: Weitere Erfahrungen über das weiße Blutbild bei chirurgischen Erkrankungen, in: DZC, Band 208 (1928), S. 319- 321

schwierig und das Blut musste mit Osmiumsäure versetzt werden, um die Form stabil zu halten.³⁵⁸ Neben den Blutzellen konnten Bilirubin, Urobilinogen, die Leberwerte und der Hämoglobingehalt bestimmt werden.

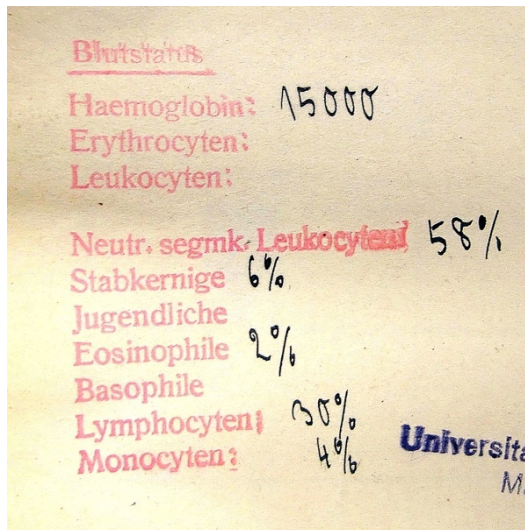


Abb. 15: Beispiel eines dokumentierten Blutstatus aus einer Patientenakte der Marburger Chirurgischen Klinik.³⁵⁹

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden 1928 nur bei etwas mehr als 1% der Patienten Blutuntersuchungen durchgeführt. In den darauffolgenden Jahren nahmen sie signifikant zu. 1940/41 wurde das Blut bei 21,3% und 1944 sogar bei 38,3% der Patienten untersucht. Die Blutabnahmen schienen sich immer mehr durchzusetzen, nicht zuletzt durch neu entwickelte und vereinfachte Methoden.

Bei fast 70% aller mit Verdacht auf Appendizitis aufgenommenen Patienten wurde eine Blutuntersuchung durchgeführt. Patienten, die wegen einer akuten Appendizitis operiert wurden, bekamen nur sehr selten (5,6%) Blut abgenommen. Diese Zahlen zeigen, dass die Diagnose Appendizitis vor allem klinisch gestellt wurde und nur bei unklaren Fällen Blut abgenommen wurde und dadurch ggf. eine unnötige Operation vermieden werden konnte.

In wieweit die Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges eventuell die Blutanalysen behinderten, ist aus den Akten nicht zu entnehmen, da Vergleichswerte aus der Vorkriegszeit fehlen. Zu den typischen Diagnosen, bei denen Blut in der Chirurgischen Klinik untersucht wurde, gehörten entzündliche Erkrankungen der Gallenblase, des Magens, des Darmes, der Appendix, des Knochens, der Harnblase und der Prostata. Doch

³⁵⁸ Vgl. Romeis, Benno: Mikroskopische Technik, München 1948, S. 306- 310, 333- 337

³⁵⁹ Identifikationsnummer 0582, Aktennummer 1941/573

auch bei Gehirnerschütterungen, Karzinomen, Struma und Tuberkulose wurden sie häufig durchgeführt, während bei Frakturen äußerst selten Blut untersucht wurde.

Insgesamt wurden bei Patientinnen in der Chirurgischen Klinik häufiger Blutuntersuchungen im Gegensatz zu den Männern durchgeführt (Tab. 7). Dies kann daran gelegen haben, dass Männer häufiger eindeutige Verletzungen durch z.B. Unfälle hatten und Frauen eher unklarere Diagnosen wie Bauchschmerzen aufwiesen, die differentialdiagnostisch betrachtet werden mussten.

Patienten	Blutuntersuchungen (Angabe in %)		
	1928	1940/41	1944
Männer	1,1	16	37,6
Frauen	1,7	38,4	39,3
Gesamtdurchschnitt	1,3	21,3	38,3

Tab. 7: Prozentuale Angabe von durchgeführten Blutuntersuchungen von weiblichen und männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

53% der chirurgischen Patienten wurden nach einer Blutabnahme operiert. Daneben wurden über 43% der Patienten mit Therapien wie Bauchwickel, Diäten, Bestrahlungen und Bettruhe behandelt. Krankengymnastik, Wundversorgung und Ruhigstellung wurden insgesamt nur bei knapp 4% der Patienten mit Blutabnahmen angewandt.

Ein Unterschied hinsichtlich Blutuntersuchungen zwischen zivilen Patienten und Zwangsarbeitern ist nicht zu sehen. Auffällig ist, dass die Blutuntersuchungen anscheinend nur bei der Diagnosefindung entscheidend waren und deswegen nur einmalig durchgeführt wurden. Labor-Verlaufskontrollen gab es so gut wie nicht oder wurden in den Akten nicht dokumentiert.

8.2 Urinuntersuchungen

Die größeren Kliniken wurden schon ab 1890 mit eigenen Räumlichkeiten für Laboratorien ausgestattet. Dort wurden sowohl Spektralanalysen, fotometrische Messungen und Versuchsreihen sowie mikroskopische Untersuchungen durchgeführt.³⁶⁰

³⁶⁰ Vgl. Thomas, Lothar/ Päuser, Sabine; Sinne, Sensoren und Systeme. Eine Reise durch die Geschichte der Labordiagnostik, Basel 2003, S. 132ff

In der Marburger Chirurgischen Klinik gehörten einfache Untersuchungen des Urins schon 1928 zum Standard. Auf der Vorderseite des Anamnesebogens war ein Stempeldruck zur Erfassung des Harnstatus mit „Eiweiß“ und „Zucker“ gedruckt, der als „negativ“ oder „positiv“ angegeben wurde. Diese Harnuntersuchungen waren einfach und schnell durchzuführen und wurden bei der Mehrheit der aufgenommenen Patienten gemacht.

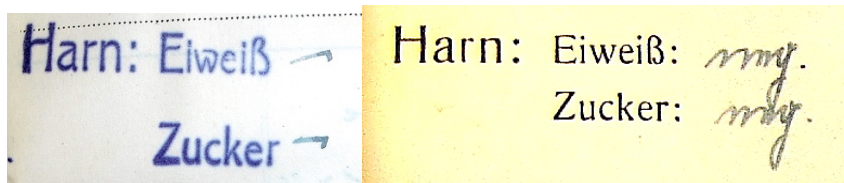


Abb. 16: Beispiel von Urinuntersuchungen in Patientenakten der Marburger Chirurgischen Klinik. ³⁶¹

Der Nachweis von Eiweiß konnte durch Erhitzen des Urins im Teelöffel über einer Flamme gelingen. Kam es zur Ausfällung, war Eiweiß im Urin erwiesen.³⁶² Der quantitative Eiweißgehalt des Urins konnte allerdings erst später durch Laboruntersuchungen bestimmt werden. Dafür wurden z.B. Verdünnungsreihen des Urins angesetzt und durch Zugabe von speziellen Substanzen (Pikrinsäure, Neradol D) konnte beobachtet werden, bei welcher Verdünnung das Eiweiß ausfiel und eine Trübung hinterließ. Anschließend wurde mithilfe einer Berechnungsformel der Eiweißgehalt bestimmt.³⁶³ Man konnte dem Urin auch Esbach'sches Reagens zugeben. Bei Eiweiß im Urin kam es zum Niederschlag, der sich bei Zugabe von Bimsstein absetzte.³⁶⁴

Die Messung von Zucker im Urin konnte durch Gärung bestimmt werden. Dazu wurden zwei Urinproben eines Patienten untersucht. In eine gab man Hefe, wodurch die Gärung begann. Nach 24 Stunden wurde bei beiden Proben das spezifische Gewicht mittels Urometer bestimmt.³⁶⁵ Eine weitere übliche Methode war die Gabe von reinem Alkohol zum Urin. Dadurch wurden die Harnrückstände herausgezogen. Anschließend wurde der Zucker mit Aetzkali oder Ammoniak ausgefällt und unter dem Polarisationsapparat bestimmt.³⁶⁶ Einfacher war die Methode nach Fehling. Zum Urin wurde tropfenweise

³⁶¹ Identifikationsnummer 0177, Aktennummer 1928/1633; Identifikationsnummer 0436, Aktennummer 1940/2467

³⁶² Vgl. Thomas/ Päuser, Labordiagnostik, 2003, S. 18

³⁶³ Vgl. Iwanoff, Th.: Über eine Schnellmethode zur Ermittlung des Eiweißgehaltes im Harn, in: DMW, 66. Jg., Heft 39 (1940), S. 1082

³⁶⁴ Vgl. Lenk, Emil: Schnellmethoden zur quantitativen Bestimmung von Eiweiß und Zucker im Harn, in: Zeitschrift für angewandte Chemie, Band 1 (1917), S. 45

³⁶⁵ Vgl. Einhorn, Max: Die Gärungsprobe zum qualitativen Nachweis von Zucker im Harn, in: Virchows Archiv, Volume 102, Number 2 (1885), S. 266-267

³⁶⁶ Vgl. Jones, Bence: Zucker im Urin, in: Journal of Analytical Chemistry, Band 1 (1862), S. 127

gelöstes, rotgelbes Kupfersulfat gegeben. Zucker im Urin bewirkt eine Reduktion zu ungelöstem Kupfersulfat, d.h. es kommt zu einem Farbumschlag des Uringemisches, der gravimetrisch gemessen werden konnte.³⁶⁷

Substanzen im Urin wie Calcium, Magnesium, Natrium und Kalium konnten anhand flammenfotometrischer Messungen ermittelt werden. Dafür wurde Urin in die Gasbrennerflamme eingeblasen. Je nach enthaltener Substanz nahm die Flamme eine bestimmte Farbe an, die fotometrisch ermittelt wurde.³⁶⁸

Welche Methode zur Urinuntersuchung in Marburg angewandt wurde, ist aus den Patientenakten nicht zu entnehmen. In der Marburger Chirurgischen Klinik nahmen die Urinuntersuchungen, wie auch schon die Blutanalysen, mit den Jahren weiter zu. 1928 wurden sie bei 42,3% aller Patienten durchgeführt, 1940/41 waren es bereits 53,7% und 1944 63% der Patienten.

Eine Aussagekraft in Bezug auf die Operabilität hatten diese Harnuntersuchungen nur bedingt. Bei hohen Eiweißmengen im Urin konnte eine Nierenschädigung vorliegen, und dies musste besonders bei Allgemeinnarkosen beachtet werden. Insgesamt wurden 56,6% der Patienten, deren Urin untersucht wurde, operiert und der Rest erhielt eine konservative Therapie. Harnuntersuchungen gehörten nicht nur bei speziellen urologischen Erkrankungen zum Standard, sondern auch bei Appendizitiden, Abszessen, Frakturen, Hernien, Karzinomen, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Schussverletzungen, Skoliosen und Strumen. Bei urologischen Krankheitsbildern wie Prostata-, Nieren- und Harnblasenerkrankungen wurde der Urin zudem mikroskopisch auf Bakterien, Blutzellen und Zylinder untersucht. Bei Verdacht auf Nieren- oder Blasentuberkulose wurden mit dem Patientenurin Tierversuche an Mäusen gemacht.³⁶⁹ Auch an der Marburger Chirurgischen Klinik wurden Urin-Tierversuche gemacht, z.B. 1944 bei einem 60-jährigen Mann. Hier konnte durch den Tierversuch eine Urogenital-Tuberkulose ausgeschlossen werden. Am Ende wurde ein Harnblasenkarzinom bei ihm diagnostiziert.³⁷⁰

³⁶⁷ Vgl. Lenk, Zeitschrift für angewandte Chemie, Band 1 (1917), S. 45

³⁶⁸ Vgl. Thomas/ Päuser, Labordiagnostik, 2003, S. 24

³⁶⁹ Vgl. Ebd., S. 19-20

³⁷⁰ Identifikationsnummer 0885, Aktennummer 1944/2504

Patienten	Urinuntersuchungen (Angabe in %)		
	1928	1940/41	1944
Männer	51,4	51	57,6
Frauen	27,8	58	69,6

Tab. 8: Prozentualer Anteil an Urinuntersuchungen bei weiblichen und männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Patienten in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

Bei der Auswertung der Daten zeigte sich, dass in allen untersuchten Jahrgängen die Urinuntersuchungen bei ungefähr der Hälfte der Männer durchgeführt wurden. Bei den Frauen wurde 1928 nur bei 1/3 der Urin untersucht. Dies stieg kontinuierlich an, bis dies 1944 bei mehr als 2/3 durchgeführt wurde. Zudem wurden die Untersuchungen vor allem bei älteren Patienten gemacht und nur selten bei Kindern. Erklärbar ist es durch altersbedingte Zunahme von Nierenerkrankungen.

8.3 Weitere Laboruntersuchungen

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden neben den häufigen Urin- und Blutuntersuchungen bei entsprechender Indikation auch Liquor- und Stuhluntersuchungen sowie Grundumsatzbestimmungen gemacht.

Zur Liquoruntersuchung musste zuvor eine Lumbalpunktion durchgeführt werden, die 1891 von Quincke³⁷¹ entwickelt worden war. Sie wird im Lumbalbereich in Seitenlage mit angezogenen Beinen oder in sitzender Position mit gekrümmtem Rücken durchgeführt.³⁷² Dabei wird eine Hohnadel im LWS-Bereich bis zum Liquorraum vorgeschoben und der Liquor fließt durch die Hohnadel ab. Bei dem Einstich entsteht allerdings ein Loch in der Hirnhaut und es kann zum Nachsickern von Liquor kommen, was zu starken Kopfschmerzen führt. Idealerweise sollte die Nadel möglichst dünn sein. Zur Senkung dieser Nebenwirkung eignet sich eine dickere Führungsnadel mit einer darin befindlichen dünnen Punktionsnadel.³⁷³ Eine Lagerung mit aufrechtem Oberkörper des Patienten reduzierte ebenfalls Nebenwirkungen.³⁷⁴ Nach erfolgter Punktion konnte der

³⁷¹ Quincke, Heinrich Irenaeus: * 26.08.1842, †19.05.1922, deutscher Chirurg und Internist

³⁷² Vgl. Sauerbruch, Ferdinand/ Schmieden, Victor: Chirurgische Operationslehre (Bier/ Braun/ Kümmel) Band I. Allgemeine Operationslehre, Operationen an Kopf und Wirbelsäule, Leipzig 1933, S. 608- 609

³⁷³ Vgl. Eicke, H.: Die ambulatorische Lumbalpunktion, in: Archives of dermatological Research, Volume 155, Number 1 (1928) S. 136-137

³⁷⁴ Vgl. Palesó, V.: Über die Ursachen des nach Lumbalpunktion auftretenden Meningismus, in: Journal of Neurology, Volume 109, Number 1-2 (1929), S. 71, 76

Liquor untersucht werden. Er diene z.B. zur Diagnosestellung einer Syphilis oder Lues.³⁷⁵ Bei einer Meningitis stellte sich ein größerer Eiweißgehalt anhand einer gleichmäßigen Randzone im Trockenbild dar.³⁷⁶

In Chirurgischen Kliniken waren Lumbalpunktionen vor allem bei schweren Schädelhirntraumen indiziert. Dabei wies Blut im Liquor auf eine eventuelle intrakranielle Blutung hin, und der Liquordruck konnte durch eine Druckmessung mit einem Steigrohr gemessen werden. Bei starkem Hirndruck mussten die Chirurgen eine Trepanation sowie therapeutische Lumbalpunktionen durchführen.³⁷⁷

In den ausgewerteten Unterlagen der Marburger Chirurgischen Klinik wurden Liquoruntersuchungen nur sehr selten dokumentiert. 1928 wurden sie bei zwei Patienten mit schwerer Gehirnerschütterung und Meningitis durchgeführt und 1944 bei einem Patienten, der eine Kopfschussverletzung mit Lähmungserscheinungen erlitten hatte. Ein 26-jähriger Patient mit Meningitis verstarb in der Klinik.³⁷⁸ Ein 32-jähriger Bauingenieur mit Kopfschussverletzung wurde erfolgreich operiert, wies aber anschließend ein „stark emotionales Verhalten“ auf.³⁷⁹

Stuhluntersuchungen wurden trotz der einfachen Durchführung laut Angaben in den ausgewerteten Krankenakten nur bei drei Patienten gemacht. Diese litten unter einer Schenkel- bzw. Leistenhernie und einem Rektumkarzinom. Da diese Untersuchung auf Krankheitserreger erfolgte, wurde sie wahrscheinlich häufiger in der Medizinischen Klinik bei infektiösen Durchfallerkrankungen gemacht.

Im Labor konnten auch Grundumsatzbestimmungen bei Schilddrüsenerkrankungen angefertigt werden.³⁸⁰ Bei Hypothyreosen war der Grundumsatz erniedrigt und bei Hyperthyreosen erhöht. Er wurde in Prozent als vom Normalwert abweichender Wert

³⁷⁵ Vgl. Kafka, V.: Der heutige Stand der Liquordiagnostik, in: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band 163 (1950), S. 564-566. Es konnten Gesamteiweißbestimmungen, Zellzählungen, Zucker- und Permeabilitätsbestimmungen, Nonnes-Reaktionen, Kolloidreaktionen und Globulin- sowie Albuminbestimmungen durchgeführt werden.

³⁷⁶ Vgl. Henning, N./ Beck, A.: Liquordiagnostik am Eintrocknungsbild, in: KW, 13. Jg., Heft 7 (1934), S. 251-253

³⁷⁷ Vgl. Hanke, Hans: Über die Anzeige zur Lumbalpunktion bei Schädelverletzungen, in: KW, 14. Jg., Heft 16 (1935), S. 578

³⁷⁸ Identifikationsnummer 0090, Aktennummer 1928/106

³⁷⁹ Identifikationsnummer 0787, Aktennummer 1944/2695

³⁸⁰ Vgl. Merke, F.: Die Vor- und Nachbehandlung bei Basedowoperationen, in: DC, 1. Jg., Heft 4 (1929), S. 154

angegeben.³⁸¹ Der Arzt Knipping³⁸² entwickelte 1929 einen Apparat, der die Atemgase messen konnte. Unter Beachtung des respiratorischen Quotienten konnte daraus schließlich der Grundumsatz berechnet werden.³⁸³ Mit dem Spirometer wurden das Volumen gemessen und die Ausatemgase chemisch analysiert.³⁸⁴ Der Grundumsatz ließ sich schließlich durch eine mathematisch komplizierte Formel errechnen, oder mit Hilfe eines Normogramms konnten die Prozentangaben des Grundumsatzes vereinfacht abgelesen werden. Hierfür waren lediglich mehrmalige Pulszählungen und Blutdruckmessungen durchzuführen und diese Werte entsprechend im Normogramm einzustellen, um schließlich den Grundumsatz abzulesen.³⁸⁵

In der Marburger Chirurgischen Klinik sind unter den ausgewerteten Patientenakten 16 Patienten zu finden, die an einer Schilddrüsenerkrankung litten. Für die im Jahr 1928 behandelten Patienten mit Struma wurden noch keine Grundumsatzbestimmungen gemacht, da es noch keine adäquate Methode gab. 1940/41 und 1944 wurde sie bei allen Patienten mit einer Struma durchgeführt. Der Grundumsatz war bei dem Großteil der Patienten erhöht. Dabei wurde stets die Methode nach Knipping angewandt.

³⁸¹ Vgl. Merke, F.: Die Bedeutung der Grundumsatzbestimmung für Diagnose und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen, in: DZC, Band 210 (1928), S. 41, 93

³⁸² Knipping, Hugo Wilhelm: *09.09.1895, † 25.12.1984, deutscher Internist

³⁸³ Vgl. <http://www.enzyklo.de/Begriff/Knipping-Apparat> bzw. <http://www.enzyklo.de/lokal/42134> , 04.05.2011

³⁸⁴ Vgl. Bansi, H. W.: , Fortlaufende Gasanalysen mittels eines auf physikalischen Prinzipien beruhenden Apparates, in: DMW, 59. Jg., Heft 19 (1933), S. 729

³⁸⁵ Vgl. Balazsy, Desider: Die Feststellung des Grundumsatzes durch das Tatra-Normogramm, in: DMW, 59. Jg., Heft 37 (1933), S. 1433

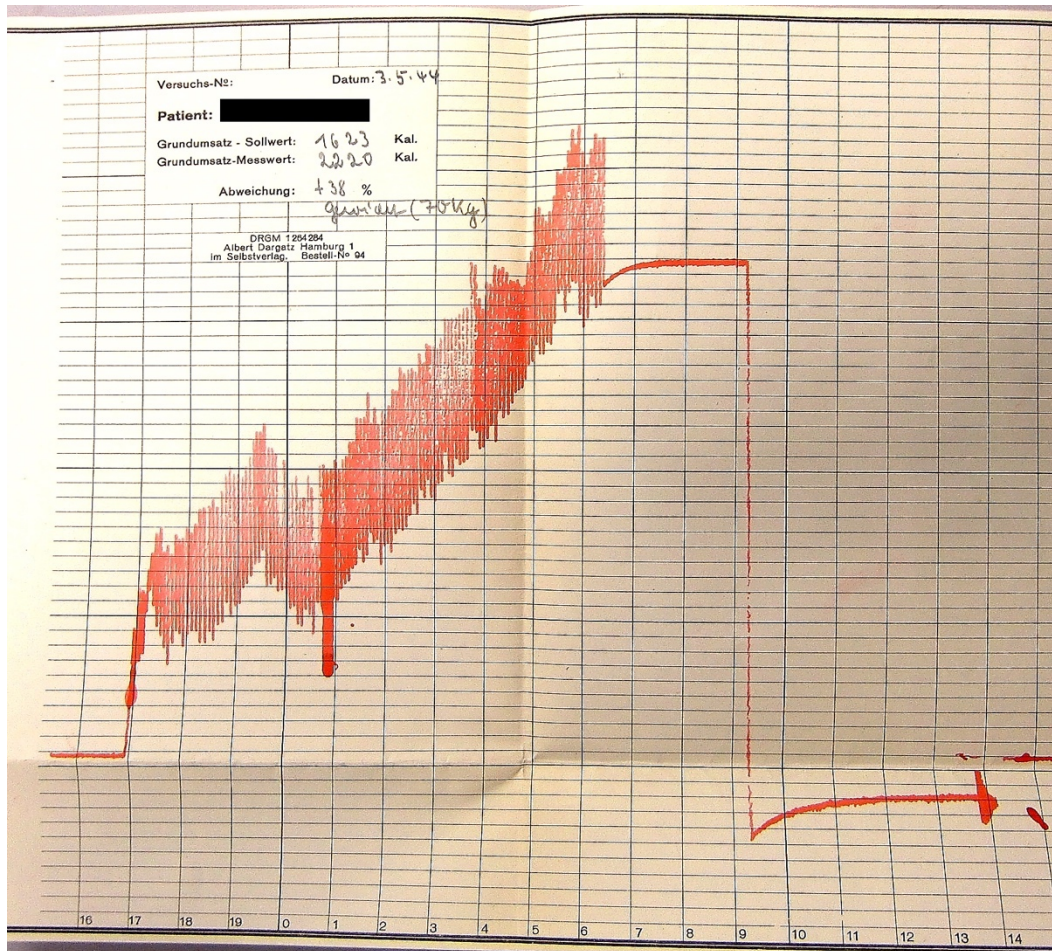


Abb. 17a³⁸⁶

Grundumsatz 3 V. +38% nach Knipping

Abb. 17b³⁸⁷

Die Grundumsatzbestimmung nach Knipping ergab einen Wert von + 52% .

Abb. 17c³⁸⁸

Abb. 17a, b und c: Grundumsatzbestimmungen nach Knipping, die bei Schilddrüsenerkrankungen in der Marburger Chirurgischen Klinik durchgeführt wurden

³⁸⁶ Identifikationsnummer 0641, Aktennummer 1944/264

³⁸⁷ Ebd.

³⁸⁸ Identifikationsnummer 0473, Aktennummer 1941/427

8.4 Histologische Untersuchungen

Im Marburger Pathologischen Institut wurden unter anderem Gewebeproben aus der Chirurgischen Klinik untersucht. Die histologische Untersuchung diente dazu, das Gewebe genau beurteilen zu können. Oft war es die einzige Möglichkeit, zwischen gut- und bösartigen Tumoren zu unterscheiden. Außerdem konnten Erkrankungen genauer klassifiziert und in Stadien eingeteilt werden und z.B. fibrinöse von eitrigen Auflagerungen unterschieden werden. Bei vermuteten malignen Entartungen wurden Probeexzisionen durchgeführt, die anschließend im Pathologischen Institut untersucht wurden. Von diesem Ergebnis hing die weitere Therapie ab. Die entnommenen Gewebeproben wurden im Labor aufbereitet und mikroskopisch bewertet.³⁸⁹

	1928	1940/41	1944
Gewebeproben	15 %	13 %	14,7 %

Tab. 9: Prozentuale Angabe von entnommenen Gewebeproben bei Patienten der Marburger Chirurgie in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden bei 13-15% der Patienten Gewebeproben entnommen, aufbereitet und schließlich von den Pathologen der Universität klassifiziert und bewertet. In rund 96% der Fälle wurden sie während einer Operation entnommen. Die anderen Gewebeproben stammten von Untersuchungen nach Cystoskopien, Rektoskopien oder von Probeexzisionen bei Hauterkrankungen. Die Patienten, deren Gewebe histologisch untersucht wurde, litten vor allem an Karzinomen, Appendizitiden, Schilddrüsenerkrankungen, Hauterkrankungen, Prostatahypertrophien, Magenulcera, Tuberkulose und Fibromen.

Das Pathologische Institut schickte nach der Befunderhebung eine Beurteilung in die Chirurgische Klinik. Dieser schriftliche Befund wurde in die Patientenakte eingheftet. In einer Patientenakte aus dem Jahr 1928 war vermerkt, dass die Appendix einer 25-jährigen Patientin in die pathologische Sammlung aufgenommen worden war. Die Patientin war als akuter Notfall in die Marburger Chirurgische Klinik eingeliefert und von Prof. Wiedhopf appendektomiert worden. Der Krankheitsverlauf verlief komplikationslos.³⁹⁰

³⁸⁹ Vgl. Scherer, E.: Die histologische Schnelluntersuchung während der Operation, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 32 (1940), S. 1477- 1478

³⁹⁰ Identifikationsnummer, 0073 Aktennummer 1928/88

9 Radiologische Diagnostik und Therapie an der Chirurgischen Klinik

Die Röntgenstrahlen waren 1895 von Wilhelm Conrad Röntgen (*27.03.1845, †10.02.1923, deutscher Physiker) entdeckt worden. Von da an entwickelten sich auch in Marburg schnell zwei neue Fachgebiete: die Röntgenologie und die Strahlenheilkunde.³⁹¹ Ab den 1920er Jahren wurden die Röntgenapparate preiswerter und die Handhabung war deutlich vereinfacht. Somit wurden sie nicht mehr nur in Krankenhäusern verwendet. Durch noch mangelndes Wissen kam es jedoch häufiger zu Strahlenschäden, da die Strahlendosis leicht überschritten werden konnte.³⁹²

Die Dauer des Einsatzes von Röntgenstrahlen bei Durchleuchtungen wurden für viele Minuten abgegeben. Dadurch konnten Strahlenschäden wie z.B. Verbrennungen und Geschwüre auftreten. Durch den Abstand der Anlage zur Haut des Patienten konnte die Dosis verändert werden. Zusätzlich verhinderten Metallfilter eine Strahlenüberdosis.³⁹³ Mit zunehmender Weiterentwicklung der Röntgengeräte nahm auch die Aufnahmezeit ab.³⁹⁴ Neben schlechter Bildqualität und Strahlenschäden hatten die Röntgenabteilungen oftmals Probleme mit der Stromversorgung. Die neu entwickelten Röntgengeräte konnten höhere Leistungen erzielen und damit die Aufnahmezeit und folglich auch die Strahlendosis minimieren, jedoch kam es dadurch oftmals zu einem Zusammenbruch der Stromversorgung.³⁹⁵ Die Krankenhäuser und Praxen waren für die benötigten Stromkapazitäten oft nicht ausreichend gerüstet, während des Zweiten Weltkrieges war dieses Problem besonders gravierend.

Die Marburger Chirurgische Klinik hatte eigene Röntgenapparate in ihrem Gebäude zur Verfügung. Erst 1938 wurde begonnen, ein separates großes Röntgeninstitut zu errichten. Es wurde zwischen der Chirurgischen Klinik und der Medizinischen Poliklinik in der Robert-Koch-Straße 8 gebaut. Im August 1939 wurde René du Mesnil de Rochemont (*24.05.1901, †06.04.1984) Direktor des neuen Instituts. Seine Aufgaben lagen einerseits in der Zusammenarbeit mit den Kliniken, die eigene Röntgengeräte besaßen, andererseits

³⁹¹ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 275

³⁹² Vgl. Klöve Korn, G. H./ Profitlich, P.: Ueber die bei Durchleuchtungen und Aufnahmen verabfolgten Röntgenstrahlenmengen, in: DMW, 54. Jg., Heft 22 (1928), S. 919- 920

³⁹³ Vgl. Jacob, L.: Ein Fall von Röntgensschädigung, in: DMW, 54. Jg., Heft 5 (1928), S. 196- 197

³⁹⁴ Vgl. Bouwers, A.: Verkürzung der Aufnahmezeit durch eine neue Belastungsmethode, in: DMW, 59. Jg., Heft 51, (1933), S. 1909. Die Aufnahmezeit konnte um 40% minimiert werden, wenn der Brennfleck von Anfang an maximal erhitzt wurde. Somit war eine konstante Belastung möglich, was für die korrekte Anfertigung der Aufnahmen wichtig war.

³⁹⁵ Vgl. Schubert, E. v.: Ueber die Bedeutung einer ausreichenden Stromversorgung für Röntgeninstitute, in: DMW, 54. Jg., Heft 32 (1928), S. 1339

in der Strahlenbiologie-Forschung und der vorwiegenden Durchführung der Strahlentherapie.³⁹⁶

Mit den der chirurgischen Abteilung zur Verfügung stehenden vier Diagnostikgeräten und einem Kombinationsapparat wurden allein im Jahr 1942 insgesamt 23.228 Röntgenaufnahmen, 175 Durchleuchtungen und 1.652 Therapiebestrahlungen gemacht.³⁹⁷

In den ausgewerteten Patientenakten sind verschiedenste Röntgenuntersuchungen vermerkt. Die häufigsten Röntgenaufnahmen wurden zur Beurteilung von Knochen gemacht. Obgleich Organe und Weichteilgewebe bei normalen Aufnahmen nur als Schatten dargestellt werden, reichte dies manchmal zur Diagnosestellung aus. Ein vergrößerter Herzschatten im Röntgen-Thorax-Bild wies z.B. auf eine Herzinsuffizienz hin. Durch die Gabe von Kontrastmittel konnten jedoch auch Organe dargestellt werden, wie das Nierenpyelon, die Gallenblase und der Darm.

Die Zahl der Röntgenaufnahmen stieg im Verlauf der Jahre an. Im Jahr 1928 wurde bei insgesamt knapp 30% der Patienten eine Röntgenuntersuchung durchgeführt. Im Jahr 1940/41 wurden 36% und 1944 sogar 53% der Patienten geröntgt.

Röntgenaufnahmen (in %)	1928	1940/41	1944
Extremitäten	50,6	42,6	38,9
Schädel	5,6	11,1	8,7
Magendurchleuchtung	2,3	5,6	6,7
Abdomen	4,5	3,7	2
Pyelographie	7,9	3,7	4,7
Thorax	4,5	4,6	8,1
Becken	7,9	5,6	7,4
Strahlentherapie	6,7	11,1	6,7
Wirbelsäule	5,6	5,6	4,7
Colonkontrasteinlauf	2,3	0,9	4
Gallenblasenkontrastdarstellung	0	1,9	4
sonstige	2,3	3,7	4

Tab. 10: Häufigkeit durchgeführter Röntgenaufnahmen an der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

³⁹⁶ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 275-277

³⁹⁷ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 718, Kriegswirtschaftsverordnungen und Kriegsmaßnahmen 1943, Direktor der Chirurgischen Klinik am 30.8.1943 an Herrn Universitätskurator, Blatt 166

Je nach Krankheitsbild wurden entsprechende Röntgenaufnahmen angefertigt. Am häufigsten wurden jedoch die Extremitäten geröntgt. Anhand dieser Aufnahmen konnten Extremitätenfrakturen, Knochentumoren, Knochentuberkulose, Rachitis, Arthritis oder Osteomyelitis diagnostiziert oder ausgeschlossen werden.

Bei Commotio cerebri, Schädelfrakturen, Kopfschussverletzungen oder anderen Kopfverletzungen wurden Röntgenbilder des Schädels angefertigt. Sie waren leicht durchführbar und machten 1928 einen Anteil von 5,6% aller Röntgenaufnahmen aus. Während des Zweiten Weltkrieges häuften sich Schädelverletzungen, z.B. durch Granatenverletzungen oder Fliegerbeschüsse auf zivile Marburger, so dass 1940/41 mit 11,1% und 1944 mit 8,7% auch mehr Schädel-Röntgenaufnahmen dokumentiert wurden. Eine sogenannte Magendurchleuchtung wurde bei Magenbeschwerden zum Nachweis eines Magenulcus oder -karzinoms durchgeführt. Es stellte sich das Schleimhautrelief dar. Seitdem es diese Art der Röntgenuntersuchung gab, nahm die Häufigkeit der bestätigten Ulcuserkrankungen enorm zu. Darunter waren jedoch einige Fehldiagnosen, da auch Gesunde eine veränderte Schleimhautkontur haben konnten.³⁹⁸ Für diese Aufnahmen musste der nüchterne Patient flüssiges Barium als Kontrastmittel schlucken.³⁹⁹

Um eine Cholelithiasis nachzuweisen oder diese von einer Cholezystitis zu unterscheiden, wurden Aufnahmen der Gallenblase gemacht. Die Darstellung der Gallenblase war durch das Kontrastmittel Tetrajodphenolphthalein überhaupt erst seit 1926 möglich. Dieses Kontrastmittel wurde intravenös verabreicht.⁴⁰⁰ Bei oraler Gabe hatte es einen starken abführenden Effekt, so dass es bereits vor der Aufnahme ins Blut durch den Darm ausgeschieden war. Die Aufnahme des Kontrastmittels Biliselectan erfolgte in Form von Körnchen zusammen mit Wasser oral. Die Röntgenaufnahmen entstanden erst nach 16 Stunden. Sie zeigten eine ebenso gute Bildqualität und -schärfe wie das intravenös verabreichte Tetrajodphenolphthalein, jedoch ohne Auftreten von Nebenwirkungen. Dargestellt wurde ein Gallenblasenschatten. War dieser nicht zu erkennen, so sprach dies für einen durch Steine verlegten Ductus cysticus und damit war neben dem klinischen Bild des Patienten die Operationsindikation gegeben.⁴⁰¹ Um die

³⁹⁸ Vgl. Siebeck, R.: Zur Diagnose und Therapie bei Ulkuskranken, in: DMW, 66. Jg., Heft 17 (1940), S. 449

³⁹⁹ Vgl. Boas, I.: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, Leipzig 1925, S. 105

⁴⁰⁰ Vgl. Dohrn, Max/ Diedrich, Paul: Ein neues Röntgenkontrastmittel der Gallenblase, in: DMW, 66. Jg., Heft 41, (1940), S. 1133- 1134

⁴⁰¹ Vgl. Kleiber, N.: Zur Frage der peroralen Darstellung der Gallenblase, in: DMW, 66. Jg., Heft 41 (1940), S. 1134- 1135

Funktion der Gallenwege vor einer Operation abzuklären, wurde im Anschluss an die Cholecystographie eine „Entleerungsprobe“ der Gallenblase durchgeführt. Dafür musste der Patient nach einer ersten Röntgenaufnahme der Gallenblase ein Gemisch aus drei Eiern und Sahne zu sich nehmen. Waren die Gallenwege offen, so entleerte sich die Gallenblase, was wieder durch Röntgenaufnahmen festgehalten wurde. Durch diese Darstellungen waren nicht nur Verlegungen der Gallenwege durch Steine sichtbar, sondern auch Gallengangstenosen.⁴⁰² Wenn die Gallensteine zu einem Teil aus Kalk bestanden, so konnte man sie ganz ohne Kontrastmittel in der Leeraufnahme als Schatten darstellen. Doch die Mehrheit der Patienten hatte Cholesterinsteine, die im normalen Röntgenbild nicht zu erkennen waren.⁴⁰³

In der Marburger Chirurgischen Klinik waren Gallenblasenkontrastaufnahmen im Jahr 1928 noch nicht etabliert. Bereits 1940/41 machten sie einen Anteil von 1,9% und 1944 von 4% aller durchgeführten Röntgenaufnahmen aus. In den Akten sind keine Ausdrücke der Röntgenbilder zu sehen, lediglich sind die Aufnahmen beschrieben.

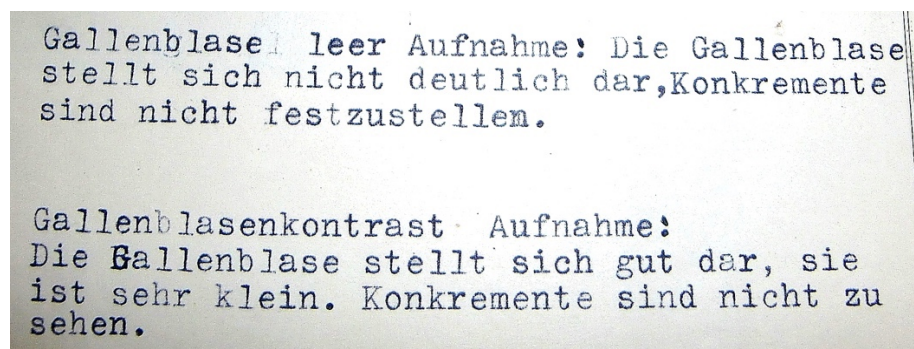


Abb. 18: Beispiel eines Ergebnisses einer durchgeführten Röntgenleer- und Röntgenkontrastaufnahme der Gallenblase in der Marburger Chirurgischen Klinik. ⁴⁰⁴

Ein „Röntgen-Abdomen“ wurde bei Verdacht auf Ileus, Perforation, Pankreatitis und bei Bauchtraumaverletzung gemacht. Eine Perforation des Magens oder Darmes stellte sich als Luft unterhalb des Zwerchfells dar, wenn die Aufnahme im Stehen erfolgte. In Marburg wurde aber vor allem die von Baumann favorisierte Methode in Linksseitenlage angewendet.⁴⁰⁵ Bei einem Ileus konnte man typische Spiegelbildungen des Darmes im

⁴⁰² Vgl. Nissen, Karl: Fortschritte der durch die Cholezystographie gegebenen diagnostischen Befunde von Morphologie und Funktion des Gallengangs-systems, insbesondere der Gallenblase, in: DMW, 59. Jg., Heft 45 (1933), S. 1706

⁴⁰³ Vgl. Teschendorf, Werner: Neuere Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Gallenblasendiagnostik, in: DMW, 54. Jg., Heft 39 (1928), S. 1640

⁴⁰⁴ Identifikationsnummer 0315, Aktennummer 1940/2316

⁴⁰⁵ Baumann, 1943, S. 333, 338- 339, siehe auch Kapitel 12.1.1

Röntgen erkennen und je nach Lage zwischen Dünn- oder Dickdarmileus unterscheiden. Die Abdomen-Aufnahmen erforderten kein Kontrastmittel. Sie wurden in der Marburger Chirurgischen Klinik in den ausgewerteten Jahrgängen zwar in konstanter Zahl angefertigt, jedoch nahm die Gesamtzahl der Röntgenaufnahmen mit den Jahren zu. So machten Röntgen-Abdomenaufnahmen 1928 insgesamt einen Anteil von 4,5% aller Röntgenaufnahmen aus, 1940/41 nur noch 3,7% und 1944 sank der Anteil sogar auf 2%. In Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule werden die einzelnen Wirbelkörper gut dargestellt. Anhand der Biegung der gesamten Wirbelsäule konnten Deformitäten wie z.B. eine Skoliose festgestellt und die entsprechenden abweichenden Winkel berechnet werden. Außerdem wurden diese Aufnahmen bei Wirbeltuberkulose und -frakturen angefertigt. Insgesamt machten sie in den ausgewerteten Jahrgängen einen relativ konstanten Anteil von etwa 5% aller Aufnahmen aus.

Die Durchführung von Pyelographien war anspruchsvoller und nebenwirkungsträchtiger als normale Röntgenaufnahmen. Sie wurden in der Marburger Chirurgischen Klinik bei Cystitis, Nierensteinen, Uretersteinen, Nierenfisteln, Nierenbeckenentzündungen und Blasenkarzinomen sowie zur Darstellung des Nierenbeckens eingesetzt. Dafür wurde mit dem Cystoskop Kontrastmittel in die Harnleiter eingebracht. Das Nierenbecken war nun im Röntgenbild als Schatten zu sehen.⁴⁰⁶ Diese Methode war nicht ungefährlich, da bei zu hohem Druck der Kontrastmittelapplikation das Nierenparenchym rupturieren konnte. Daher führte der Marburger Oberarzt Lauber 1942 die Pyelographie mittels Injektion eines intravenös verabreichten Kontrastmittels ein.⁴⁰⁷ Die Aufnahmen gehörten schon 1928 zum Standard der Marburger Chirurgischen Klinik. Sie wurden in den untersuchten Jahrgängen etwa gleich häufig durchgeführt, jedoch nahm der prozentuale Anteil ab, da in den Kriegsjahren insgesamt mehr Röntgenbilder gemacht wurden.

Um das knöcherne Becken sowie den Femurkopf darzustellen, wurden Becken-Röntgenaufnahmen gemacht. Sie dienten dem Nachweis von Hüftluxationen, Epiphysenlösungen des Femurkopfes, Schenkelhalsfrakturen, Coxitiden und Beckenfrakturen. Sie machten insgesamt einen Anteil von knapp 7% aller Aufnahmen in den untersuchten Krankenakten aus.

⁴⁰⁶ Vgl. Ringleb, O.: Die ersten 50 Jahre der Arbeit mit dem Cystoskop, in: DC, 1. Jg., Heft 3 (1929), S. 128

⁴⁰⁷ Vgl. Lauber, Hans Joachim: Vermeidbare Gefahren bei der retrograden Pyelographie, in: ZblCh, 69. Jg., Heft 9 (1942), S. 343

Ein „Röntgen-Thorax“ zeigt knöcherne Strukturen wie die Rippen, es lassen sich aber auch die Lungenstrukturen und der Herzschatten beurteilen. Diese Aufnahmen wurden in der Chirurgischen Klinik zum Ausschluss von Lungenmetastasen bei Karzinomen, bei Rippenfrakturen, Claviculafrakturen, Thoraxschussverletzungen, Lungentuberkulosen und Lungenembolien gemacht. Sie machten einen Anteil von unter 5% in den Jahren 1928 und 1940/41 aus. 1944 stieg der Anteil auf über 8% an. Röntgenreihenuntersuchungen zur Detektierung von Tuberkulosekranken wurden in Marburg erst nach dem Zweiten Weltkrieg eingeführt und waren damit schließlich die am Häufigsten durchgeführte Röntgenuntersuchung.⁴⁰⁸

Zur Darstellung der Darmwände und -strukturen konnten Röntgenbilder mit Hilfe von Kontrastmitteleinläufen angefertigt werden. Der sogenannte Colonkontrasteinlauf wurde in der Marburger Chirurgischen Klinik zum Nachweis von Colon- und Rektumkarzinomen, Analfissuren und Hämorrhoiden durchgeführt. Insgesamt war die Anzahl dieser Aufnahmen in der Marburger Chirurgischen Klinik eher gering.

Zu den in der Tab. 10 unter dem Begriff „sonstige“ zusammengefasste Aufnahmen gehören z.B. Röntgenbilder vom Kiefer, Schulterblatt, Kreuzbein und der Trachea. Sie wurden bei Verdacht einer Fraktur angefertigt bzw. die Aufnahme der Trachea erfolgte zur Begutachtung einer Luftröhreneinengung bei großer Struma.

Neben der Aufnahme von Bildern wurden Röntgenstrahlen zur Strahlentherapie eingesetzt. Entsprechende, karzinombefallene Körperstellen wurden bestrahlt, um den Tumor zu verkleinern. Ab 1938 wurden diese Therapien hauptsächlich im benachbarten Marburger Röntgeninstitut durchgeführt. Rudolf Klapp war ein Verfechter der Strahlentherapie und setzte sich damit auch in Marburg durch, obwohl unter anderem Rassenhygieniker in den 30er Jahren durch die Bestrahlungen Erbgutschäden befürchteten und diese gerne einstellen wollten.⁴⁰⁹ Durchschlagende Erfolge der Bekämpfung von Karzinomen durch Bestrahlung blieben jedoch aus. Dennoch konnten oftmals Besserungen erreicht und Rezidive verhindert bzw. deren Wiederauftreten verzögert werden. Die zu verwendende Strahlendosis musste erst erprobt werden. Es wurden lange die Gesetze nach Arndt-Schultz angenommen, die besagten, dass starke

⁴⁰⁸ Vgl. Grundmann, Kornelia: Eltern, schützt Euch und Eure Kinder! Tuberkulosebekämpfung und Prophylaxe nach dem Zweiten Weltkrieg, in: Sahmland, Irmtraut/ Grundmann, Kornelia (Hrsg.): Perspektiven der Medizingeschichte Marburgs. Neue Studien und Kontexte, in: Quellen und Forschungen zur hessischen Geschichte 162, Marburg/ Darmstadt 2011, S. 165

⁴⁰⁹ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 445

Reize Zellen abtöten und kleine Reize Zellen zur Teilung anregen. Allerdings wurden keine Fälle bekannt, in denen geringere Strahlendosen zu einer Anregung des Krebswachstums führten, sehr hohe Dosen führten jedoch nachweislich zu starken Strahlenschäden und anderen Nebenwirkungen.⁴¹⁰ Außerdem wiesen sie eine keimschädigende Wirkung auf, die schon bei geringen Dosen mutationsauslösend war.⁴¹¹ Daher wurden viele Versuche unternommen, die Bestrahlungen ohne Erhöhung der Dosis effektiver zu machen. Dies war z.B. durch eine vorhergehende Diathermie möglich, da sie die Krebszellen für die Röntgenstrahlung sensibilisierte.⁴¹² Die Nebenwirkungen von Bestrahlungen waren entsprechend häufig. Vor allem traten Hautveränderungen wie Erytheme auf, die in Form einer Überpigmentierung abheilten. Hautatrophien vernarbten hingegen mit einer Depigmentierung.⁴¹³ Bei stärkerer Strahlendosis entstanden Röntgengeschwüre oder Brandbläschen, die sich infizierten oder zu nekrotischen Hautveränderungen führen konnten. Neben einer Salbentherapie musste hier häufig eine operative Sanierung erfolgen. Die Therapie war langwierig und es konnte mehrere Jahre bis zu einer definitiven Ausheilung dauern.⁴¹⁴

Bei den ausgewerteten Patientenakten wurde die Strahlentherapie vor allem bei Karzinomen der Mamma, des Magens, der Knochen und Haut, aber auch bei Tuberkulose und Magenulcera angewendet. Die Patienten hatten während ihres stationären Aufenthaltes meist mehrere Bestrahlungssitzungen. Es wurden kleine Strahlendosen über einen gewissen Zeitraum verabreicht, um dem Gewebe zwischenzeitlich Regenerationszeit zu geben. Am effektivsten war die Bestrahlung bei Mammarkarzinomen, so dass diese standardmäßig prophylaktisch nach einer Brustamputation angewandt wurde. Die Überlebensraten waren deutlich höher als nur bei alleiniger operativer Therapie.⁴¹⁵ Während des Krieges wurden in Marburg die Strahlentherapiessitzungen wegen Mangel an Personal und Betten und wegen „Reiseschwierigkeiten“ verkürzt. Vorher wurden viele kleine Dosen über mehrere Wochen, nun wurden wenige, dafür hohe Einzeldosen verabreicht. Diese Methode war

⁴¹⁰ Vgl. Heimann, Fritz: Technik und Biologie der Röntgenbestrahlung, in: KW, 3. Jahrgang, Heft 32 (1924), S. 1436- 1438

⁴¹¹ Vgl. Lachmann, E./ Stubbe, H.: Über die Abhängigkeit der durch Röntgenstrahlen ausgelösten Genmutationen von der Strahlenqualität und –quantität, in: DMW, 59. Jg., Heft 31 (1933), S. 1203- 1204

⁴¹² Vgl. Kowarschik, J.: Das Anwendungsgebiet der Diathermie, in KW, 1. Jahrgang, Heft 2 (1922), S. 75

⁴¹³ Vgl. Wachtel, Heinrich: Über Depigmentation der Haut nach Röntgenbestrahlung, in: KW, 5. Jahrgang, Heft 18 (1926), S. 800- 801

⁴¹⁴ Vgl. Reimer, Othmar: Röntgengeschwüre, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 8 (1928), S. 478- 480

⁴¹⁵ Vgl. Hintze, Arthur: Mammacarcinomrezidive, nach Röntgenbestrahlung 5 Jahre und mehr klinisch geheilt, in: KW, 1. Jahrgang, Heft 44 (1922), S. 2187- 2188

umstritten und der Not geschuldet,⁴¹⁶ denn die hohen Dosen führten zu mehr Nebenwirkungen. In der chirurgischen Abteilung stieg die Zahl der Bestrahlungen im Krieg nicht deutlich an. Über die Auslastung der Strahlenklinik ist nichts bekannt. In anderen deutschen Kliniken wurde teilweise eine Strahlentherapie einer Operation vorgezogen, da sie einen kürzeren Krankenhausaufenthalt nach sich zog.⁴¹⁷

Neben Tumorerkrankungen wurde die Strahlentherapie bei rheumatischen Erkrankungen wie der Arthritis deformans eingesetzt. Wichtig waren auch hier eine bestimmte Röntgendosis sowie die Einhaltung bestrahlungsfreier Intervalle. Die Symptome besserten sich häufig darunter.⁴¹⁸

10 Therapien in der Chirurgischen Klinik

Die Therapien in der Marburger Chirurgischen Klinik waren sehr vielfältig. Um eine statistische Erhebung durchführen zu können, sind die jeweiligen aus den Akten ersichtlichen Therapien in folgende Kategorien eingeteilt: Operation, Ruhigstellung, Wundversorgung, Krankengymnastik, medikamentöse Therapie und „Andere Therapien“.

Oft wurden Patienten mit mehreren Therapieformen behandelt. So ist z.B. ein Patient mit Beinfraktur operiert worden und hat im Anschluss Krankengymnastik erhalten, um die Beweglichkeit und Muskelkraft wiederherzustellen. In solchen Fällen wurde nur die Therapie vermerkt, die im Vordergrund stand, in diesem Beispiel die Operation.

Auch fielen gewisse, sich immer wiederholende Therapieschemata auf. Chirurgische Notfälle wurden sofort operativ versorgt. Ansonsten griff man zunächst zu konservativen Maßnahmen.

Bei der Diagnose eines Magen- oder Duodenalulcus konnte z.B. eine Schonung des Patienten mit Bettruhe, Diät und Gabe von Schmerzmedikamenten oftmals ausreichen. Erst wenn diese Therapie nicht erfolgversprechend war, wurde operiert. Auch spielte das Alter bzw. der Kräftezustand der Patienten bei der Wahl der Therapie eine Rolle.

⁴¹⁶ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 719: Direktor des Strahleninstituts am 7.2.1944 an Kurator

⁴¹⁷ Vgl. Doetz, Zwangssterilisation, 2010, S. 190

⁴¹⁸ Vgl. Pannewitz, G. v.: Röntgentherapie der Arthritis deformans, in: DMW, 59. Jg., Heft 16 (1933), S. 614- 616

Bei Gallenkoliken wurde zunächst ein konservatives Vorgehen angestrebt. Erst bei Versagen dieser Therapie musste operiert und die Gallenblase entfernt werden. Dabei durfte der richtige Operationszeitpunkt nicht verpasst werden, denn bei Komplikationen wie bei einer Cholezystitis Fieber oder Ikterus war die postoperative Sterblichkeit viel höher als bei einer frühen Operation.⁴¹⁹

Bei der Auswertung der Patientenakten sind generell keine großen Unterschiede in Bezug auf Therapien zu Friedens- und Kriegszeiten zu erkennen. Allerdings wurden die Patienten bei gleicher Therapie in den Kriegsjahren schneller entlassen als noch zu Friedenszeiten. Begründen kann man dies wohl hauptsächlich mit dem Bettenmangel in der Klinik. Außerdem fehlte es zeitweise an Materialien, und die Ärzte und Krankenschwestern mussten mit anderen Hilfsmitteln improvisieren.

Therapien in %	1928	1940/41	1944
Operation	61	48,7	59
Ruhigstellung (Gips)	7	11,3	8
Wundversorgung	8	7,3	6
Krankengymnastik	2,3	5	4,3
Medikamentöse Therapie	2,7	0	0
Andere Therapie	19	27,7	22,7

Tab. 11: Prozentuale Angabe der Therapien, die in der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944 durchgeführt wurden

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurde die Operation als häufigste Therapiemöglichkeit genutzt. Nach Auswertung der Krankenakten sind zwischen 48,7 und 61% der Patienten operiert worden. Frauen wurden durchschnittlich etwas häufiger mit einem Anteil von 57,4% operiert als Männer. 1940/41 wurde nicht mal jeder zweite stationär behandelte Patient operiert. Verglichen mit den anderen Jahren ist der Anteil der Operierten deutlich niedriger. Dafür wurden mehr konservative Therapien wie Gipsverbände (siehe Tabelle 12), Bestrahlungen, Wärme, Injektionen und kleinere therapeutische Eingriffe wie Cystoskopien oder Pleurapunktionen gemacht. Eine plausible Erklärung gibt es dafür nicht, da die Erkrankungen ähnlich wie in den anderen

⁴¹⁹ Vgl. Waldeyer, L.: Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege auf Grund klinischer Erfahrungen an 571 operierten Patienten, in: DMW, 59. Jg., Heft 21 (1933), S. 802- 803. Die Sterblichkeit bei Komplikationen wie Fieber oder Ikterus lag bei 50%.

ausgewerteten Jahren waren. Zudem können Versorgungsengpässe oder verminderte Operations-Kapazitäten ausgeschlossen werden.

Operative Behandlungen erfolgten vorwiegend bei folgenden Krankheiten: Appendizitiden, Frakturen, Karzinomen, Hernien, großen Schnittverletzungen, Schussverletzungen, Lipomen, Gallenblasen- und Gallenwegserkrankungen, Phimosen, Sehnenabrissen, Strumen, Prostatahyperplasien, Fisteln, Abzessen, Phlegmonen, Magenulcera, Karbunkel, Furunkel, Ileus, Empyemen, Hämangiomen, Osteomyelitiden, Hämorrhoiden, Tuberkulosen und Gangränen.

Furunkel und Karbunkel entstehen durch eine Entzündung des Haarbalges, begünstigt durch schweißige Haut. Erreger ist hauptsächlich *Staphylococcus aureus*.⁴²⁰ Prädilektionsstelle ist am häufigsten der Nacken. Oft konnten diese Furunkel konservativ mit einem Klebeverband und Ichthyolsalbe behandelt werden. Erst wenn die Furunkel in das Gewebe eingeschmolzen waren oder ein gut abgrenzbarer Furunkelabszess bestand, musste dieser von einem Chirurgen ausgeschnitten werden.⁴²¹ Der Marburger Direktor der Chirurgischen Klinik, Rudolf Klapp, forschte ebenfalls zu Behandlungsmethoden von Furunkeln. Er plädierte für eine frühzeitige chirurgische Therapie anstatt einer chemischen Inzision durch Karbolsäure.⁴²² In Marburg wurden entsprechend Klapps Meinung daher die Furunkel und Karbunkel vorwiegend operativ versorgt.

Da es in Marburg zwischen 1928 und 1944 noch keine eigenständige urologische Klinik gab, wurden diese Erkrankungen in der Chirurgie mit behandelt. Viele ältere Männer litten unter einer Prostatahypertrophie. Durch hypertrophes Gewebe wird die Urethra eingengt, was von Miktionsstörungen bis zur Urosepsis führen kann. Bei Fortschreiten der Harnröhreneinengung gab es zwei chirurgische Varianten der Therapie, die Prostatektomie und die Elektroresektion von Prostatagewebe. Bei der Resektion wurde nur wenig Gewebe entfernt im Gegensatz zur radikalen Prostataentfernung.⁴²³ In der Marburger Chirurgischen Klinik wurde die radikale Prostatektomie bevorzugt. Als weitere urologische Operationen wurden (Zwangs)sterilisationen bei Männern und Harnblasenoperationen z.B. bei Karzinomen vorgenommen.

⁴²⁰ Vgl. Löhr, W.: Ueber die praktische Behandlung des Furunkels und Karbunkels, in: DMW, 54. Jg., Heft 1 (1928), S. 12

⁴²¹ Vgl. Goldhahn, Richard: Furunkelbehandlung, in: DMW, 66 Jg., Heft 10 (1940), S. 265-267

⁴²² Vgl. Löhr, DMW, 54. Jg., Heft 1 (1928), S. 12

⁴²³ Vgl. Schneider, Erich: Zur Ätiologie und Behandlung der Prostatahypertrophie, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 12 (1940), S. 509- 515

Eine große Struma mit Hyperthyreose war immer eine Operationsindikation. Das Krankheitsbild war von Tremor, Durchfällen, Muskelschwäche, gesteigertem Grundumsatz, Herzrhythmusstörungen, Erregungszuständen und motorischer Unruhe geprägt und konnte jederzeit in die meist tödlich verlaufende thyreotoxische Krise mit Kreislaufversagen übergehen. Bei einer hypothyreoten Struma konnte der Zustand zunächst durch die Einnahme von Jod stabilisiert werden, bevor die Operation geplant wurde. Typische Komplikationen nach Strumektomie waren die Lähmung des Nervus recurrens mit der Folge von Atemnot und Heiserkeit bzw. Stimmverlust. Durch die versehentliche Entnahme der Epithelkörperchen konnte postoperativ eine Tetanie auftreten, die ebenfalls lebensgefährlich sein konnte und mit der Gabe von Calcium behandelt wurde. Als Alternative zur Operation kam die risikoärmere Röntgenbestrahlung in Frage. Da allerdings die Heilungschancen geringer waren, wurde diese nur bei inoperablen Patienten durchgeführt.⁴²⁴ In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden in den untersuchten Patientenakten bis auf 2 Fälle alle mit der Diagnose Struma operiert. Präoperativ erfolgte eine Grundumsatzbestimmung, um eine Hyperthyreose auszuschließen. Und zum Ausschluss einer Tracheastenose wurden die Patienten teilweise tracheoskopiert. In den untersuchten Akten fand sich die Krankengeschichte einer 52-jährigen Patientin, die bereits in reduziertem KZ und EZ aufgenommen wurde. Aufgrund der großen Struma wurde sie tracheoskopiert und es bestätigte sich eine bereits bestehende Tracheastenose. Damit bestand Inoperabilität und die Schilddrüse wurde bestrahlt. Dennoch verstarb die Patientin am 12. Tag bei unklarer Todesursache. Eine Obduktion wurde nicht durchgeführt.⁴²⁵

Die Therapie von Frakturen bestand, je nachdem, wie kompliziert der Bruch war, aus einer Operation oder einer Ruhigstellung meistens mittels eines Gipsverbandes. Sie wurden als kompliziert bezeichnet, wenn sie auch einen Hautdefekt aufwiesen. Sie entstanden größtenteils durch Unfälle, vor allem in der Landwirtschaft, oder durch Verkehrsunfälle. Laut einem Artikel, der von Marburger Chirurgen verfasst wurde, machten die komplizierten Frakturen ca. 11% aller Frakturen im Behandlungszeitraum von 1928 bis 1942 aus.⁴²⁶ Komplizierte Frakturen wurden in der Marburger Chirurgischen Klinik durch die Drahtextension und eine „Friedrich’sche

⁴²⁴ Vgl. Dennig, H.: Die Prognose der Hyperthyreosen und des Morbus Basedow, in: DMW, 66. Jg., Heft 46 (1940), S. 1275- 1276

⁴²⁵ Identifikationsnummer 0114, Aktennummer 1928/137

⁴²⁶ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 135, 141- 142.

Wundexcision“⁴²⁷ möglichst unter lokaler Betäubung behandelt. Der Hautdefekt wurde gesäubert und desinfiziert. Die Einlegung einer Gummilasche in die Wunde sorgte für ein Abfließen des Wundsekretes. In einem Repositionsgerät wurden die Frakturen reponiert und die Fragmente fixiert. So entstand durch die Drahtextensionsbehandlung eine „Freiluftbehandlung“ mit guten Zugangswegen für eine weitere Versorgung und Kontrolle der Wunde.⁴²⁸

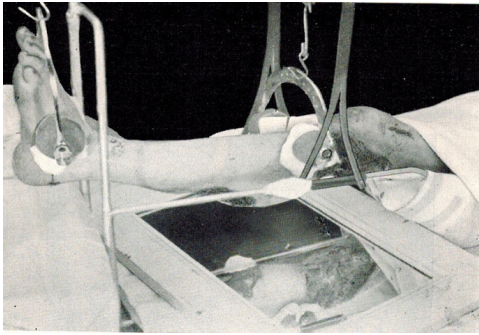


Abb. 19: Freie Wundbehandlung bei Weichteilwunde. ⁴²⁹

Viele Ober- und Unterschenkelfrakturen wurden operativ durch einen Nagel oder mittels Drahtextension versorgt. Ersteres hing jedoch vom Alter, dem Gesundheitszustand des Patienten und der Art des Bruches ab. Lag eine schlechte Blutversorgung z.B. des Femurkopfes vor oder entwickelte sich eine Pseudarthrose, so konnte eine Nagelung indiziert sein. Trotz postoperativer Fixierung im Gips bestand die Gefahr einer Verschiebung der Knochenfragmente. Bei jüngeren Patienten stand man daher einer Nagelung eher zurückhaltend gegenüber. Vorteile waren die schnellere Belastbarkeit des Beines sowie eine frühzeitigere Krankengymnastik zum Muskelaufbau. Außerdem war die Aufenthaltsdauer in der Klinik kürzer und die Patienten waren mobiler.⁴³⁰

Die Drahtextension war ein Verfahren, das von Rudolf Klapp selbst entwickelt worden war und in der Marburger Klinik häufig bei Frakturen, Fußdeformitäten oder Kontrakturen angewandt wurde. Durch die unverschiebliche Einspannung der Extremität in eine Drahtvorrichtung konnten die einmal erreichte Stellung fixiert und vorhandene Extremitätenverkürzungen beseitigt werden⁴³¹ (vgl. Kapitel 10.1.1).

⁴²⁷ „Friedrich’sche Wundexcision“ ist benannt nach Paul Leopold Friedrich (*26.01.1864, †15.01.1916), der ein deutscher Chirurg war und diese Therapiemöglichkeit entwickelte.

⁴²⁸ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 135- 137, 140, 144

⁴²⁹ Vgl. Klapp, Rudolf/ Rückert, Wolfgang: Die Drahtextension, Stuttgart 1937, S. 139

⁴³⁰ Vgl. Heim, W: Die Indikation zur Nagelung des medialen Schenkelhalsbruches, in: DMW, 68. Jg., Heft 2 (1942), S. 36- 38

⁴³¹ Vgl. Wiedhopf, Oskar: Die Behandlung der Defektpseudarthrosen des Unterschenkels (Beseitigung der Verkürzung, Ausgleich der Deformität, Späneinpfanzung) mit Hilfe des Distraktionsapparates nach Klapp, in: DZC, Band 258 (1944), S. 342, 345

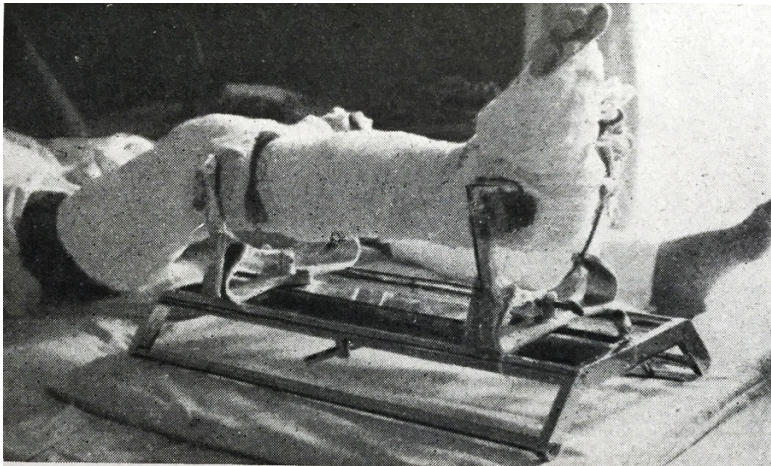


Abb. 20: Distraktionsapparat ⁴³²

Extremitätendruckstellen wurden durch die schwebende Lagerung der Extremität vermieden. Dieses „Aufhängen“ war ebenfalls bei Wunden an der Rückseite des Beckens oder bei Dekubitus nützlich. Die Beckenschwebelagerung wurde eingesetzt, um die Wunde oder den Dekubitus abheilen lassen zu können. Wolrad Klapp, der Sohn von Rudolf Klapp und Stabsarzt des Reservelazarets I in Gießen, beschrieb die Methode. Hierbei wurde das Becken durch Drahtcerclagen um die Schambeinäste und Foramen obturatum an einen Rahmen aufgehängt. Diese Stellung wurde bis zur Abheilung des Dekubitus beibehalten.⁴³³

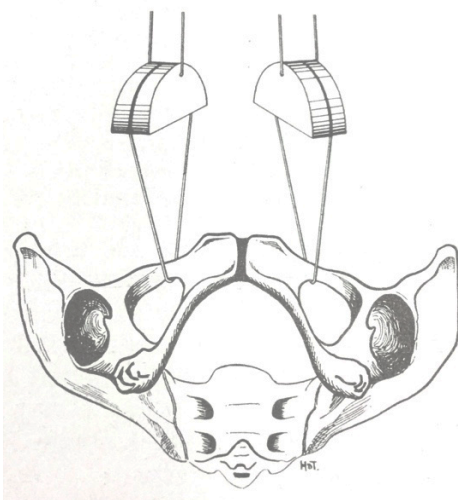


Abb. 21: Beckenschwebelagerung ⁴³⁴

⁴³² Ebd. S. 344

⁴³³ Vgl. Klapp, Wolrad: Weitere Mitteilung über die Beckenschwebelagerung, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 9 (1943 b), S. 313- 315

⁴³⁴ Ebd., S. 313

Haupttherapien bei Frakturen (in %)	1928	1940/41	1944
Operation	42,1	22	39
Gips	57,9	65,9	46,3
Wundversorgung	0	2,4	0
Krankengymnastik	0	4,9	14,6
Bettruhe	0	4,9	0

Tab. 12: Häufigkeit der angewandten Haupttherapien bei Frakturen in der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

Bei der Auswertung der Patientenakten fällt auf, dass besonders im Jahr 1940/41 bei Frakturbehandlungen ein Anstieg des Gipsverbandes bei Rückläufigkeit der operativen Maßnahmen bestand. 1944 kehrte sich dieses wieder um. Die Ursache ist unklar. Der Anteil operativer Eingriffe bei Frakturen scheint aber insgesamt relativ hoch zu liegen. In der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses in Berlin-Friedrichshain wurden nur 6,7% der Frakturen operativ versorgt, der Rest mittels Gipsverbänden. Darunter waren allerdings auch viele ambulante Fälle, die nach der Diagnosestellung per Röntgenaufnahme und entsprechender Anlage des Gipses sofort wieder nach Hause entlassen werden konnten.⁴³⁵ In den untersuchten Patientenakten der Marburger Chirurgischen Klinik dagegen wurden nur die stationären Behandlungen ausgewertet. Stationär wurden nur diejenigen aufgenommen, die so komplizierte Frakturen aufwiesen, dass sie unter ärztlicher Beobachtung stehen bzw. operiert werden mussten. Aufgrund des 1940/41 deutlich niedrigeren Anteils an Operationen muss davon ausgegangen werden, dass hier weniger komplizierte Frakturen vorlagen als in den anderen ausgewerteten Jahrgängen.

Die Ruhigstellung als Therapieoption wurde 1928 in der Marburger Chirurgischen Klinik bei 7%, 1940/41 bei 11,3% und 1944 bei 8% der Patienten gewählt (Tab. 11). Strikte Bettruhe wurde nur bei bestimmten Brüchen verordnet, wie z.B. bei Schulterblatt- oder Wirbelfrakturen. Lange Zeit wurden Patienten mit Wirbelkörperfrakturen für viele Monate in ein Gipsbett gelegt. Anschließend erfolgte eine permanente Behandlung im Gipskorsett, und nach einem halben Jahr konnte auf ein abnehmbares Gipskorsett umgestellt werden.⁴³⁶ Doch diese Methode führte zu Wirbelsäulenversteifungen und

⁴³⁵ Vgl. Katzenstein, M.: Die Behandlung der Knochenbrüche, in: DMW, 54. Jg., Heft 14 (1928) S. 574

⁴³⁶ Vgl. Ebd., S. 572

damit zu einer Bewegungseinschränkung. Außerdem kam es zu Muskelatrophien, so dass der Patient sein eigenes Gewicht nicht mehr tragen konnte. Dauernde Schmerzen plagten diese Patienten und sie waren häufig lebenslang invalide und nicht mehr arbeitsfähig. Rudolf Klapp entwickelte daraufhin ein Therapieverfahren, um mindestens die vorherige Beweglichkeit der Wirbelsäule wieder zu erreichen. Seine Patienten lagen zunächst zwar auch immobilisiert im Bett, aber schon nach wenigen Tagen wurden sie auf dem Bauch gelagert. Durch die Bauchlage, deren Dauer immer weiter gesteigert wurde, erfuhren die Patienten schon eine gewisse Kräftigung der Rückenmuskulatur. Nach 7 Wochen wurden sie das erste Mal in den Vierfüßlerstand gebracht, und von da an folgten weitere Übungen der Wirbelsäule, Streckübungen, Drehübungen, der Kniestand und schließlich Vorwärtssprünge und das sogenannte „Klapp’sche Kriechen“. Angeblich waren alle nach dieser Methode in Marburg behandelten Patienten wieder arbeitsfähig und hatten später keinerlei Bewegungseinschränkungen.⁴³⁷

Bei einer *Commotio cerebri*, die meistens durch Verkehrsunfälle oder durch Stürze bedingt war, entstanden ebenfalls Platzwunden oder Schnittverletzungen, die versorgt werden mussten. Daneben bestand die Therapie der *Commotio cerebri* aus strikter Bettruhe, Schmerzbekämpfung und intravenöser Gabe von Traubenzuckerlösung. Diese führte angeblich zur Abnahme des Liquordruckes und damit der Kopfschmerzen. Hirnswellungen erforderten gegebenenfalls auch Liquorpunktionen zur Entlastung. Je nach Schwere der *Commotio* bestanden auch langfristige Beschwerden.⁴³⁸ In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden die Gehirnerschütterungen hauptsächlich durch Bettruhe therapiert und die Wunden versorgt. Teilweise ist aber auch beschrieben, dass langfristige Hirnschäden zurückblieben. So wurde eine 82-jährige Patientin, die 27 Tage wegen einer *Commotio* in der Chirurgischen Klinik behandelt wurde, mit einer „psychopathischen Überempfindlichkeit“ entlassen.⁴³⁹ Vielen Patienten mit *Commotio cerebri* ging es aber schon nach wenigen Tagen Bettruhe besser und sie wollten die Klinik schnellstens verlassen. Zwei Patienten wurden gegen ärztlichen Rat entlassen. Während des zunehmenden Kapazitätsengpasses in der Marburger Chirurgischen Klinik wurden auch Patienten mit *Commotio cerebri* früher entlassen. Nach kurzer stationärer Überwachung sollte weitere Bettruhe zu Hause eingehalten werden.

⁴³⁷ Vgl. Hempel, Curt: Die Heilgymnastik in der Behandlung der Wirbelbrüche, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 9 (1941), S. 324- 328

⁴³⁸ Vgl. Müller- Schwelm, Ernst: Zur Behandlung der *Commotio* und *Contusio cerebri*, in: ZblCh, 69. Jg., Heft 5 (1942), S. 260- 267

⁴³⁹ Identifikationsnummer 0079, Aktennummer 1928/94

Die Ruhigstellung als Therapieoption wurde ebenfalls z.B. bei einer Fraktur des Beines angewandt, indem dieses auf einer Schiene gelagert wurde. Hierdurch sollten Knochenverschiebungen verhindert werden. Die distalen und proximalen Frakturenden sollten möglichst in einer Geraden liegen. Die Beinlagerungsschienen kamen auch bei Phlegmonen, Ulcera, Abzessen und Lymphstauungen zum Einsatz. Schwellungen gingen schneller zurück, da durch die Lagerung des Beines auf der Schiene ein Gefälle entstand.⁴⁴⁰ Das Ziel bei der Behandlung von Frakturen war es, eine optimale Knochenstellung zu erreichen und zu erhalten. Konnte im Röntgenbild eine gute Stellung der Knochen im Gipsverband festgestellt werden, musste nicht operiert werden.⁴⁴¹ Durch fahrbare Röntgengeräte konnten die Aufnahmen im Patientenzimmer angefertigt werden. Dadurch wurden die Bewegungen des Patienten durch Umlagerung und Transport minimiert und das förderte die Heilung.⁴⁴² Ein Gips wurde meistens zirkulär angebracht. Dies sorgte allerdings für Schwierigkeiten bei der Gipsabnahme. Gipsmesser und -scheren kamen häufig an ihre Grenzen und so musste der Gipsverband teilweise unter Schmerzen und mit großer Anstrengung abgenommen werden.⁴⁴³ Neben Gipsverbänden wurden auch stabilisierende Verbände angelegt, insbesondere gab es in Marburg drei besondere Verbandstypen. Der Polsterverband wurde als Rechtwinkelschiene bei Schultergelenksverletzungen angelegt. Eine Aufsteckschiene aus Metall kam bei Strecksehnenabrissen an Fingern und der Kreuzzugverband bei klaffenden Hautwunden zum Einsatz.⁴⁴⁴

Neben diesen Verbänden wurden in Marburg bei Verstauchungen getränkte Rivanol-Schienenverbände oder Zinkleimverbände genutzt. Hüftluxationen wurden nach der Reposition durch einen Beckengipsverband in Lange'scher Stellung fixiert. Dies bedeutet, dass Becken und Bein eingegipst wurden und durch eine Innenrotation und Abduktion der Hüftkopf in guter Position zur Hüftpfanne steht. Eine damit hergestellte bessere Durchblutung des Hüftkopfes konnte Hüftkopfnekrosen verhindern.⁴⁴⁵ Des Weiteren wurde mit Gipsschienen z.B. bei Humerusfraktur therapiert. 1944 waren in den

⁴⁴⁰ Vgl. Kirschner, M.: Beinlagerungsschienen, in: DC, 13. Jg., Heft 8 (1941), S. 225

⁴⁴¹ Vgl. Katzenstein, DMW, 54. Jg., Heft 14 (1928) S. 570- 571

⁴⁴² Vgl. Gold, E.: Richtlinien der Frakturenbehandlung, in: DZC, Band 211 (1928), S. 120

⁴⁴³ Vgl. Emde, Hermann/ Christ, Andreas: Ein einfaches Mittel zum Abnehmen von Gipsverbänden, in: DC, 1. Jg., Heft 8 (1929), S. 358- 359

⁴⁴⁴ Vgl. Klapp, Bernhard: Über einige Verbände der Marburger Klinik, in: DZC, Band 257 (1943), S. 707- 711, siehe auch Kapitel 12.1.1.

⁴⁴⁵ Zur Lange'schen Stellung vgl. Schwetlick, Walter: Orthopädische Erkrankungen des Säuglings und Kindes. Diagnose und Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Vorsorgeuntersuchung, München 1972, S. 102

Akten teilweise Gips-Engpässe vermerkt, so dass z.B. das Bein einer 57-jährigen Patientin mit Femurfraktur auf Sandsäcken gelagert anstatt eingegipst wurde.⁴⁴⁶

Die Therapiemöglichkeit der Wundversorgung wurde durchschnittlich bei 7,11% aller Patienten und in etwa gleicher Häufigkeit in den untersuchten Jahrgängen der Chirurgischen Klinik angewandt. Feuchte Verbände mit Borsalbe, Naftalan, Perubalsam oder Kamille konnten Verbrennungen oder Entzündungen wie z.B. eine Mastitis oder kleine Abszesse heilen. Leichte Schussverletzungen wurden ebenso wie auch kleinere Schnittverletzungen mittels Wundversorgung behandelt. Dies beinhaltete Verbände und das Nähen kleinerer Wunden. Manchmal musste jedoch vorher eine Wundexzision erfolgen. Die Chirurgen Lauber und Studemeister berichteten, dass sie „Bombengeschädigte“ häufig und mit gutem Erfolg mit Rivanol-Injektionen behandelten. Die Injektion erfolgte in die Umgebung des geschädigten Gewebes, führte zu einer Hyperämie und damit einer Aktivierung des Gewebes und zu einer „Heilentzündung“.⁴⁴⁷ Eine Osteomyelitis wurde mit Kamillenteeumschlägen bzw. bei ungünstigen Verläufen (bei Entstehung von Abszessen) durch eine Sequestrotomie behandelt. Die Technik der Sequestrotomie war erstmals von Rudolf Klapp beschrieben worden.⁴⁴⁸ Anhand der ausgewerteten Patientenakten reichte bei 4 von 16 Patienten mit Osteomyelitis eine Therapie mit Verbänden aus. Die anderen mussten operiert werden. Sobald sich Sequester gebildet hatten, wurde der Fistelgang schonend mit einem Handschuhweiter gedehnt. Dabei sollten das umliegende Gewebe und vor allem der Granulationswall nicht beschädigt werden, denn dieser bot Schutz vor weiterer Infektion.⁴⁴⁹ Ging man radikal mit Meißel oder scharfem Löffel an die Wundausschneidung, so wurde der körpereigene Schutzwall zerstört und innerhalb kürzester Zeit kam es zu Infektionen mit Fieberschüben und Nekrosenbildung.⁴⁵⁰ Das chirurgische Besteck wurde beim Durchdringen jeder neuen Gewebsschicht gewechselt, um eine Keimverschleppung in saubere Wundgebiete zu vermeiden. War ein Gelenk von der Osteomyelitis mitbetroffen, so wurden intraartikuläre Rivanolspülungen vorgenommen. Häufig verlief die Heilung danach komplikationslos.⁴⁵¹ Rudolf Klapp war ein Verfechter von gewebeschonenden Operationen. Dazu gehörte

⁴⁴⁶ Identifikationsnummer 0895, Aktennummer 1944/2489

⁴⁴⁷ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 138

⁴⁴⁸ Vgl. Lauber, Hans Joachim: Konservatismus in der Behandlung der akuten Osteomyelitis der langen Röhrenknochen, in: DC, 15. Jg., Heft 18 (1943 c), S. 540

⁴⁴⁹ Vgl. Lauber, DC, 15. Jg., Heft 18 (1943), S. 540- 542

⁴⁵⁰ Vgl. Scheidt, Rolf: Die physiologische Sequestrotomie nach Klapp, in: DZC, Band 258 (1944), S. 35

⁴⁵¹ Vgl. Hempel, Curt: Zur Behandlung komplizierter Knochenbrüche, in: DZC, Band 258 (1944), S. 103-105

auch, dass bei Operationen mit stumpfen Instrumenten gearbeitet wurde und das Auftragen von Antiseptika wie Alkohol gemieden wurde, um Gewebereizungen oder Nekrosen zu verhindern. Auch bei eiternden Wunden sollten nach Klapp die biologischen Gewebsbedingungen erhalten bleiben.⁴⁵² Selbst bei Bauchoperationen wie der Appendektomie war ein teilweises Vorgehen mit stumpfen Instrumenten zur Schonung von Gewebe und Muskulatur empfohlen.⁴⁵³

Wenn ältere Verletzungen und Frakturen Probleme bereiteten, wurden die Patienten teilweise stationär in der Chirurgie aufgenommen, um unter Aufsicht intensiv Krankengymnastik zu betreiben. In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden Massagen, Schwimm-, Bewegungs- oder Gehübungen an Apparaten gemacht. Außerdem gab es eine sogenannte medikomechanische Abteilung. Die Gymnastikräume und die Bäderabteilung befanden sich im Untergeschoss des linken Chirurgiegebäudes⁴⁵⁴. 1929 gründete Klapp eine private Krankengymnastikschule, dessen Leiter er war.⁴⁵⁵ Sie war zunächst im Verwaltungsgebäude und ab 1939 nach dem Neubau der Chirurgischen Klinik dort untergebracht.⁴⁵⁶ Ein Arzt beschrieb 1928, dass der Eifer für Übungen der Patienten durch Maßnahmen wie Lob, dem Erklären von Zusammenhängen, Trösten, gutes Zureden usw. gefördert werden sollte. Entscheidend für einen Heilerfolg war auch die Motivation jedes Patienten. Patienten, die den Krankenhausaufenthalt selbst zahlen mussten oder die zu Hause ihre Kinder unversorgt zurückließen, wollten möglichst schnell entlassen werden. Sie übten daher mehr und erreichten häufig schnellere Erfolge und bessere Ergebnisse. Die Ärzte in medikomechanischen Abteilungen sollten individuell je nach Charakter des Patienten auf diese eingehen.⁴⁵⁷

Anhand der ausgewerteten Patientenakten zeigte sich, dass 1928 nur 7 Patienten und in den Kriegsjahren (1940/41: 15 Patienten und 1944: 13 Patienten) mehr Patienten allein zur Durchführung krankengymnastischer Übungen in die Chirurgische Klinik

⁴⁵² Vgl. Klapp, Rudolf: Praktische Ergebnisse biologischer Denkungsweise in der Chirurgie, in ZblCh, 70. Jg., Heft 15 (1943), S. 518, 520-521

⁴⁵³ Vgl. Kallenberger, Mali: Geschichte der Appendizitis. Von der Entdeckung des Organs bis hin zur minimalinvasiven Appendektomie (Beiträge zur Wissenschafts- und Medizingeschichte. Marburger Schriftenreihe, Band 7), Berlin 2019, S. 206, 2012

⁴⁵⁴ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc 1975/42, Nr. 2001: Chirurgische Klinik 1930- 1939, Sonderkassenanschlag 1939

⁴⁵⁵ Vgl. BA, Best. R 4901 Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Bd. 2: Der Kurator der Uni an den Herrn Reichs- und Preußischen Minister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung am 6.10.36

⁴⁵⁶ Vgl. Blau, Marburger Chirurg, 2007, S. 65- 66

⁴⁵⁷ Vgl. Gagzow, DMW, 54. Jg., Heft 49 (1928), S. 2059- 2061

aufgenommen wurden. Die Zunahme dieser Behandlung lag wohl daran, dass Rudolf Klapp als Befürworter der „biologischen Medizin“ 1928 die Leitung der Chirurgischen Klinik übernahm und sich seine Methoden erst mit der Zeit durchsetzten. Wie groß die Bedeutung krankengymnastischer Übungen für die Chirurgen geworden ist, zeigt, dass trotz Ressourcenverbrauch bei gleichzeitiger Bettenknappheit in den Kriegsjahren Patienten stationär zur Durchführung dieser intensiven Übungen aufgenommen wurden. Die Aufenthaltsdauer war zudem deutlich länger als bei anderen Therapiemethoden (durchschnittlich 43,2 Tage bei Krankengymnastik versus 23,5 Tage als Durchschnitt aller behandelten Patienten).

Gymnastik als Therapie wurde vor allem bei orthopädischen Krankheitsbildern zur Unterstützung, Wiederherstellung der Bewegungsfunktionen und zur Beseitigung von Deformitäten angewandt. Der Grundsatz bestand in sich häufig wiederholenden Bewegungsübungen. Bei der aktiven Gymnastik wurde die Muskulatur durch Übungen gekräftigt, während bei der passiven Gymnastik Massagen erfolgten.⁴⁵⁸ Nach einer ausgeheilten Frakturbehandlung der Extremitäten bestanden häufig noch Schwellungen, Schmerzen und Gelenkversteifungen durch die lange Ruhigstellung. Die Muskulatur war atrophisch und die Weichteile und Gelenkkapseln geschrumpft. Durch aktive Muskelübungen, Dehnung, Massagen oder Heißlufttherapien konnten die Beeinträchtigungen gebessert werden.⁴⁵⁹

Patienten, die in der Marburger Chirurgischen Klinik krankengymnastisch behandelt wurden, litten an den Folgen älterer Frakturen, aber auch an Skoliosen, Kyphosen, Arthritiden, Kinderlähmung und Luxationen. Die Behandlung der Skoliose war eines der Spezialgebiete des Klinikdirektors Rudolf Klapp. Für diese Patienten entwickelte er das „Klapp'sche Kriechverfahren“. Die Skoliose, die durch Rachitis oder Rumpfschwäche entstand, sollte durch entsprechende Beweglichkeits-, Streckungs-, Ausgleich- und Kräftigungsübungen verbessert werden. Für die Kriechübungen wurden keine Apparate benötigt, sodass sie in Turnhallen mit vielen Patienten gleichzeitig stattfinden konnten. Geübt wurde mit freiem Oberkörper und die Hände, Knie und Füße wurden mit Filzschützern versehen. Grundbewegungen waren der Vierfüßlergang und der Kniegang. Ziel war es, neben einer Muskelkräftigung eine vermehrte Beweglichkeit der Wirbelsäule

⁴⁵⁸ Vgl. Riedel, Gustav: Der Wert der Gymnastik für die Orthopädie, in: DMW, 54. Jg., Heft 2 (1928), S. 59- 61

⁴⁵⁹ Vgl. Hohmann, G.: Die orthopädische Nachbehandlung von Knochenbrüchen, in DMW, 54. Jg., Heft 14 (1928), S. 575- 576

zu erreichen.⁴⁶⁰ Stützende Apparate wie das Korsett wurden oft fälschlicherweise bei Skoliosen angeordnet. Durch das Tragen eines Korsetts nahm die Körperlast ab und damit atrophierte die stützende Muskulatur. Der gegenteilige Effekt trat ein. Daher waren gymnastische und muskelaufbauende Übungen das Mittel der Wahl.⁴⁶¹ Eine Begradigung der Wirbelsäule durch Muskularbeit war nicht möglich, aber die Muskelkraft wirkte unterstützend.⁴⁶²

Die Übungsleiter machten mit den Patienten individuelle Geh-, Kriech- oder Bewegungsübungen. Leibesübungen beeinflussten die Formgestaltung und Lageverhältnisse der Knochen und damit wiederum die Körperform und Körperhaltung.⁴⁶³ Ebenso gehörten Massagen und Unterwassermassagen zu ihrem Aufgabenfeld. Massagen sollten Stoffwechselvorgänge fördern und die Kreislauftsituation verbessern, indem der Blutstrom durch periphere Vasodilatation erhöht und das Atemvolumen gesteigert wurde.⁴⁶⁴ Anhand der Aktenauswertung wurden in Marburg als apparative Therapien Heißluftbäder, Glühlichtbäder und Kurzwellenbestrahlungen (Kurzwellen Diathermie) durchgeführt. Wärmetherapien bewirken eine Hyperämie der Gewebe und Muskeln.⁴⁶⁵ Bei äußeren Wärmeapplikationen wie bei der Heißluft fand nur eine Oberflächenerwärmung statt. Erst die Diathermie hatte eine Tiefenwirkung. Die Energie wurde dem Körper durch Hochfrequenzstrom zugeführt und die Wärmeerzeugung entstand gemäß dem Jouleschen Gesetz. Dafür wurden Metallplatten auf die jeweils gegenüberliegende Seite der zu behandelnden Körperteile gelegt. Zwischen diesen floss Strom, was zur Erwärmung führte.⁴⁶⁶ Außerdem kam es zu einer Histaminfreisetzung aus der Muskulatur, die eine Vasodilatation bewirkte und damit zu einer erhöhten Sauerstoffzufuhr der Muskulatur führte.⁴⁶⁷ Auch sensible Nerven reagierten auf Diathermie mit einer verminderten Erregbarkeit, und so konnten Schmerzen bei Neuralgien gemindert werden. Auf die Muskulatur wirkte die Diathermie nebenbei mit einer Herabsetzung des Muskeltonus, so dass sie bei nervösem Zittern, spastischer Obstipation, Pylorospasmus oder Koliken Abhilfe verschaffte. Schließlich

⁴⁶⁰ Vgl. Lochmüller, Hanna: Die Klapppschen Kriechübungen, Ein methodischer Leitfaden für die Schule, Leipzig und Berlin 1925, S. 3- 11, 12, 17, 35

⁴⁶¹ Vgl. Pitzen, P.: Orthopädische Hilfsmittel und praktischer Arzt, in: DMW, 59. Jg., Heft 42 (1933), S. 1608

⁴⁶² Vgl. Riedel, DMW, 54. Jg., Heft 2 (1928), S. 99

⁴⁶³ Vgl. Matthias, Eugen: Lehrbuch der Heilgymnastik, München/ Berlin 1937, S. 3

⁴⁶⁴ Vgl. Ebd., S. 37- 39

⁴⁶⁵ Vgl. Ebd., S. 20

⁴⁶⁶ Vgl. Henseler, Hans/ Fritsch, E.: Einführung in die Diathermie vom medizinischen und technischen Standpunkt, Berlin 1929, S. 7- 8, 54- 55

⁴⁶⁷ Vgl. Hildebrandt, F.: Über den Einfluss der Kurzwellen, der Diathermie und des Fango auf den Histamingehalt im Blut und Gewebe, in: KW, 10. Jg., Heft 12 (1940), S. 270

wies sie noch eine resorptionsfördernde Wirkung auf und konnte bei chronischer Arthritis, Gicht, Gelenksluxationen oder Kontusionen, bei Keuchhusten oder Asthma bronchiale unterstützend helfen.⁴⁶⁸ Bei akuten Infektionen war die Diathermie allerdings kontraindiziert.⁴⁶⁹ In Marburg erhielten Patienten mit Distorsionen⁴⁷⁰, Prellungen⁴⁷¹, Kontusionen⁴⁷², Arthritiden⁴⁷³ und peripheren Nervenschädigungen⁴⁷⁴ diese Wärmebehandlungen. Therapien im Wasserbad wurden gerne bei Patienten zur Gewichtsentlastung des Körpers gemacht, z.B. nach einer Beckenfraktur.

Einige Patienten wurden in der Marburger Chirurgischen Klinik nur medikamentös therapiert. Bei der Auswertung wurden nur die konservativen, medikamentös behandelten Patienten berücksichtigt und nicht die Patienten, die eine postoperative Schmerztherapie erhielten. Eine ausschließlich medikamentöse Therapie erhielten 1928 nur 2,7% der Patienten. In der Regel waren es Schmerztherapien z.B. bei Trigeminusneuralgie, Ischiasbeschwerden oder Nieren- und Magenschmerzen. In den ausgewerteten Kriegsjahrgängen führte eine ausschließliche medikamentöse Therapie bei Patienten nicht zu einer stationären Aufnahme. Wahrscheinlich lag dies an der sowieso schon überfüllten Klinik und sie waren auch ambulant z.B. beim niedergelassenen Arzt oder in einer Poliklinik möglich.

Letztlich gab es noch weitere Therapien, die in der Marburger Chirurgischen Klinik angewandt wurden und die sich in keine der bisher genannten Therapieformen einordnen lassen. In die Kategorie der „anderen Therapiemöglichkeiten“, die immerhin einen Anteil von durchschnittlich 23,1% ausmachten, gehören unter anderem die feuchten Bauchwickel und Diäten. Diese wurden bei Pankreatitis oder Gallenbeschwerden angewandt.

Daneben wurden therapeutische Röntgenbestrahlungen von z.B. Hämangiomen, Hautkarzinomen, Mammakarzinomen, geschwollenen Lymphknoten, Knochentumoren, Hypernephromen, Lymphogranulomatosen, Ulcera duodeni und Prostatahypertrophien eingesetzt.

⁴⁶⁸ Vgl. Kowarschik, J., KW, 1. Jahrgang, Heft 2 (1922), S. 72- 74

⁴⁶⁹ Vgl. Schliephake: Zur Kurzwellentherapie, in: DMW, 59. Jg., Heft 37 (1933), S. 1444

⁴⁷⁰ Identifikationsnummer 0705, Aktennummer 1944/373

⁴⁷¹ Identifikationsnummer 0358, Aktennummer 1940/2368

⁴⁷² Identifikationsnummer 0511, Aktennummer 1941/480

⁴⁷³ Identifikationsnummer 0395 + 0598, Aktennummer 1940/2414 + 1941/593

⁴⁷⁴ Identifikationsnummer 0331 + 0440, Aktennummer 1940/2336 + 1940/2470

Ein Subileus konnte durch einen Einlauf und manche Bauchschmerzen mittels einer Wärmflasche beseitigt werden. Die Mixtura solvens, eine schleimlösende Substanz, wurde bei Bronchitis verabreicht. Zudem wurde das Wildunger (Heil)wasser zur Therapie von urologischen Erkrankungen oder auch bei der Commotio cerebri eingesetzt. Bad Wildungen war im Zweiten Weltkrieg eins der neun preußischen Staatsbäder mit speziellen Bädern für Nieren- und Blasenranke.⁴⁷⁵ Der Ort Bad Wildungen liegt nur ca. 25 km von Marburg entfernt und besitzt Heilquellen. Die Heilwasserkur bestand hauptsächlich aus einer Trinkkur, indem das Heilwasser mehrmals am Tag getrunken wurde.⁴⁷⁶ Sie unterschieden sich durch chemische und physikalische Zusammensetzungen, die je nach Erkrankungsart eingesetzt wurden. Aufgrund der nachgewiesenen therapeutischen Wirkung galt das Heilwasser sogar als Arzneimittel.⁴⁷⁷ Zur Bekämpfung von Uretersteinen sollte Bärentraubenblättertée unterstützend helfen. Für die akute Arthritis, die häufig durch Gonorrhoe bedingt war, entwickelte Rudolf Klapp die Rivanolumspritzung des Gelenkes. Hierdurch gelang eine Schmerzf়reiheit und die Patienten konnten wieder Bewegungsübungen durchführen, um Versteifungen der Gelenke zu verhindern.⁴⁷⁸

Bei starken Blutverlusten wurden Bluttransfusionen in der Chirurgischen Klinik durchgeführt. Die Anämie war durch Gesichtsblassheit, livider Lippenverfärbung sowie einem schwachen Puls zu erkennen.⁴⁸⁰ Das zu übertragende Blut musste frisches Vollblut aufgrund der sonst fortgeschrittenen Blutgerinnung sein. Blutspender waren in der Mehrheit junge Männer, die zu jeder Tag- und Nachtzeit für eine Spende bereitstehen

⁴⁷⁶ Vgl. Hemfler, Marion/Steinmetz, Stefan: Die Heilquellen von Bad Wildungen und Umgebung, Wiesbaden 2006, S. 8- 11. Die Quellwasser unterschieden sich in Zusammensetzung und Wirkweise. Sie enthalten vor allem Magnesium Calcium, Natrium, Hydrogencarbonat, Eisen und freie Kohlensäure, siehe www.quellenatlas.eu/media/d8a2ae689435cc0effff8101fffff.pdf. Stand 17.05.2020

⁴⁷⁸ Vgl. Lauber, Hans Joachim: Zur Behandlung akuter gonorrhöischer Arthritiden mittels Rivanolspritzen nach R. Klapp, in: DZC, Band 257 (1943 d), S. 392- 395

⁴⁸⁰ Vgl. Sauerbruch/ Schmieden, Operationslehre, 1933, S. 109

mussten.⁴⁸¹ Falls kein direkter Spender zur Verfügung stand, konnte konserviertes Blut übertragen werden. Es konnte bei 2-4°C für 6 Wochen gelagert werden. Jedoch gingen hierbei einige Blutbestandteile verloren.⁴⁸² Von den 900 ausgewerteten Akten gab es nur einen Fall einer Transfusion von Konservenblut. 1944 wurde ein 64-jähriger Lokführer nach Zugkollision aufgrund einer „multiplen Leberzerreißung“ operiert und erhielt eine Bluttransfusion. Dennoch verstarb er nach 2 Tagen aufgrund der Schwere der Erkrankung.⁴⁸³

Anhand der Auswertung der Krankenakten ist festzustellen, dass es während des Krieges keine grundlegend anderen Therapiemethoden als zu Friedenszeiten gab. Operationen wurden bei 48,7 bis 61% der Patienten durchgeführt. Dabei flossen aber zunehmend neue Operationsmethoden, wie Klapps Erfindung, die Drahtextension, bei der Versorgung entsprechender Patientenklintel ein. Materialien wie Gips, Medikamente und Personal waren im Krieg zunehmend knapp. In solchen Situationen musste improvisiert werden, z.B. indem Frakturen auf Sandsäcken zur Ruhigstellung gelagert wurden. Auch konnten mit Neuentwicklung von stabilisierenden oder Kreuzzugverbänden die Patienten versorgt werden. Teilweise wurden Therapieregime zur Entlastung der Klinikskapazitäten verändert. Röntgenbestrahlungen bei Karzinomerkrankungen fanden seltener, aber dafür mit höheren Dosen statt. Auch waren Krankheitsbilder der Marburger Zivilbevölkerung schwerer, da keine Kapazität für leichtere Erkrankungen bestand.⁴⁸⁴ 1928 wurden z.B. noch Patienten zur rein medikamentösen Behandlung bestimmter Erkrankungen stationär behandelt. Dies gab es zu Kriegszeiten nicht mehr. Dennoch nahmen konservative Krankengymnastik-Behandlungen zu, wahrscheinlich bedingt durch Klapps Einfluss und seinen Glauben an eine gute Wirksamkeit.

10.1 Operationsmethoden

Bei operierten Patienten enthält die Patientenakte den Operationsbericht. An der Marburger Chirurgischen Klinik wurden Operationen vom Kliniksdirektor, den

⁴⁸¹ Vgl. Beck, A.: Kritische und praktische Bemerkungen zu Fragen der Bluttransfusion und Spender-Organisation, in: DC, 13. Jg., Heft 20 (1941), S. 593, 597-598

⁴⁸² Vgl. Domanig, E.: Zum Technischen der Blutkonservierung, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 29 (1940), S. 1332-1333

⁴⁸³ Aktennummer 1944/2647, Identifikationsnummer 0871

⁴⁸⁴ Vgl. BA, Best. R 4901 Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Bd. 2: Der Kurator der Uni an den Herrn Reichs- und Preußischen Minister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung am 6.10.36

Oberärzten oder unter Aufsicht von Assistenzärzten durchgeführt. Je länger der Zweite Weltkrieg andauerte und je größer der Ärztemangel wurde, desto mehr Verantwortung mussten auch die jungen, unerfahreneren Assistenzärzte übernehmen. Dies wird in der Tab. 13 deutlich. 1928 wurden die Operationen hauptsächlich vom Direktor oder den Oberärzten durchgeführt. In den Jahren 1940/41 und 1944 operierte allerdings der Assistenzarzt Alexander Studemeister von allen Ärzten am meisten.

Prof. Klapp führte im Jahr 1928 gut ein Fünftel der hier erfassten Operationen selbst durch, obwohl er erst in diesem Jahr die Kliniksleitung übernommen hatte. Knapp 17% der Operationen wurden vom Oberarzt Oskar Wiedhopf durchgeführt. Des Weiteren haben laut Operationsberichten aus dem Jahr 1928 die Chirurgen Boeminghaus (als Oberarzt), Burkhardt, Dumphke, Grebe, Hempel, Hendriock und Hugelke (als Assistenzärzte) in der Marburger Klinik operiert.

Ganz anders sah es in den Kriegsjahren aus. Klapp führte im Jahr 1940/41 nur noch 4,1% der Operationen durch. Dies mag daran gelegen haben, dass er als Beratender Chirurg des Heeres andere Aufgaben wahrnahm und nur wenig Zeit zum Operieren hatte. Außerdem war er hier bereits Ende 60 Jahre alt. Im Jahr 1944 war der Anteil seiner durchgeführten Operationen mit 4,4% kaum höher. Aber diese Zahl ist nur bedingt aussagekräftig, da Klapp im Frühjahr 1944 emeritiert wurde. Klapps früherer Oberarzt Oskar Wiedhopf übernahm seine Direktorenstelle und operierte im Jahr 1944 rund 25% der Patienten.

1940/41 operierten neben den in Tab.13 genannten Chirurgen noch Becker, Stroh, Rein und Bartels. Die Operateure Becker, Thon, Schulmeyer und Orfanides unterstützten 1944 das Team in der Marburger Klinik. Klapps Sohn, Bernhard Klapp, arbeitete ab 1938 an der Chirurgischen Klinik, betreute jedoch in den Kriegsjahren das Reservelazarett und daher operierte er keine Zivilisten in den Auswertungsjahrgängen.

Operateure	Durchgeführte Operationen (Angabe in %)		
	1928	1940/41	1944
Oberärzte			
Baumann	-	23,7*	-
Boeminghaus	4,7	-	-
Klapp	20,2	4,1	4,4
Lauber	-	0*	12,6
Mondry	-	2*	4,9
Wiedhopf	17,1	-	25,7
Assistenzärzte			
Bartels	-	1,4	-
Becker	-	4,1	14,7
Burkhard	7,1	-	-
Dumphke	7,1	-	-
Grebe	8,1	-	-
Hempel	14,3	-	-
Hendriock	14,3	-	-
Hugelke	0,5	-	-
Orfanides	-	-	1,1
Rein	-	6,8	-
Schulmeyer	-	-	5,6
Stroh	-	1,4	-
Studemeister	-	37,8	27,3
Thon	-	-	1,1
keine Angabe	6,6	18,7	2,6

- zum Zeitpunkt nicht an der Marburger Chirurgischen Klinik angestellt

* angestellt an der Marburger Chirurgischen Klinik, aber abkommandiert zum Heeresdienst

Tab. 13: Prozentuale Anteile der durchgeführten Operationen von den einzelnen Chirurgen an der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

Leider gibt es keine vollständigen Angaben über die Personaldecke und -entwicklung der Marburger Chirurgischen Klinik von 1928 bis 1944.

Lauber, der 1940/41 noch Assistenzarzt war, operierte nicht, da er zum Heeresdienst eingezogen war. Er wurde 1942 zum Oberarzt ernannt und war 1944 für 12,6% der Operationen verantwortlich.

Oberarzt Mondry war 1940/41 ebenfalls abkommandiert und operierte in diesen Jahren nur wenig. 1944 führte er aber wieder knapp 5% der Operationen selbst durch.

Auch Oberarzt Baumann wurde 1941 zum Heeresdienst eingezogen. Im Jahr zuvor operierte er häufig, so dass er 1940/41 einen Anteil von 23,7% der Operationen durchführte.

10.1.1 Spezialisierung der Operateure

Die Chirurgie ist ein breit gefächertes klinisches Fach, so dass sich die Chirurgen häufig auf bestimmte Gebiete spezialisieren. Heutzutage gibt es viele verschiedene chirurgische Fachabteilungen wie die Gefäß-, Thorax-, Viszeral- oder Unfallchirurgie etc. In dem hier betrachteten Zeitraum gab es diese Spezialisierungen noch nicht, Assistenzärzte erlernten die allgemeine Chirurgie. Fachärzte konzentrierten sich jedoch häufig auf bestimmte Gebiete.

Der Direktor der Marburger Chirurgischen Klinik, Rudolf Klapp, hatte bereits vor seiner Marburger Zeit unter seinem Lehrer August Bier (*24.11.1861, †12.03.1949, deutscher Chirurg) an medizinischen Forschungen teilgenommen. Er entwickelte die Methode der Drahtextension etwa zeitgleich mit seinem Kollegen Martin Kirschner (*28.10.1879, †30.08.1942, deutscher Chirurg), die vor allem bei Frakturen der unteren Extremitäten angewandt wurde. Klapp reiste 1919 während des Balkankrieges nach Serbien und machte dort erste Erfahrungen bei Patienten mit Unterschenkelschussbrüchen. Ein Draht wurde z.B. durch den Calcaneus gebohrt und daran wurde der Unterschenkel „aufgehängt“.⁴⁸⁵ Die Ein- und Ausbohrstellen an der Haut wurden mit steriler Mullage bedeckt und Filzscheiben darangelegt, um eine seitliche Verschiebung des Drahtes und Druckstellen zu vermeiden.⁴⁸⁶

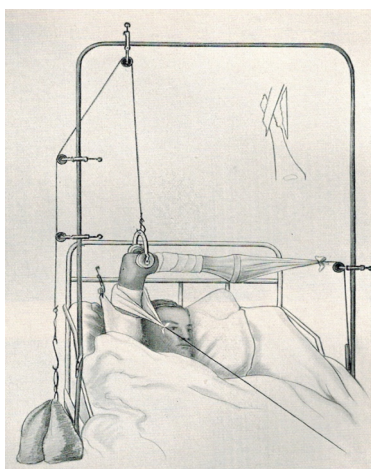


Abb. 22: Lagerung und Extension bei Oberarmfraktur ⁴⁸⁷

⁴⁸⁵ Vgl. Klapp, Rudolf: Mein Beitrag zur Kriegschirurgie, in ZblCh, 67. Jg., Heft 2 (1940 c), S. 51- 52

⁴⁸⁶ Vgl. Lauber, Hans Joachim/ Klapp, Bernhard: Beitrag zur Geschichte und Anwendung der Drahtextension, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 8 (1943 a), S. 282, 284

⁴⁸⁷ Klapp/ Rückert.: Die Drahtextension, Stuttgart 1937, S. 58

Der Vorteil der Drahtextension lag darin, dass die Frakturfragmente in gut reponierter Stellung fixiert werden konnten und die Wunde zunächst an der Luft heilen konnte. Durch die Möglichkeit der absoluten Ruhigstellung mussten keine Verbände angelegt werden und damit entfielen die täglichen Verbandswechsel. Beim Transport der Verletzten konnte die Extremität mitsamt dem Spannbügel eingegipst werden. Insgesamt durften die Drähte problemlos bis zu einigen Monaten im Knochen des Patienten verbleiben, also bis zur kompletten Heilung.⁴⁸⁸ In der Marburger Klinik war die Drahtextensionsbehandlung eine gängige Methode bei entsprechenden Frakturen. Alle Assistenten Klapps mussten seine Methode erlernen und anwenden können. Eine abgewandelte Form der Drahtextension, ebenfalls mit Knochendrahtdurchbohrung, kam bei der Beckenschwebelagerung zum Einsatz. Klapp wandte sie in der Marburger Chirurgischen Klinik für Patienten an, die auf der Körperrückseite Verletzungen aufwiesen. Durch die Spinae iliacae anteriores superiores wurden Drähte gebohrt, die in einen Braun'schen Bügel gespannt wurden und an dem der Patient schließlich „aufgehängt“ wurde. Durch diese Schwebelagerung waren eine Behandlung der Wunden und sogar ein Gipswechsel möglich und auch die körperliche Pflege war für die Krankenschwestern erleichtert.⁴⁸⁹ Bis zu vier Wochen konnten Patienten problemlos in der Schwebelagerung verbringen und während dieser Zeit heilten Dekubiti ab.⁴⁹⁰ Des Weiteren beschäftigte sich Klapp mit der Behandlung von Gesichtsfurunkeln und Nackenkarbunkeln.⁴⁹¹ Bei einem Gesichtsfurunkel empfahl er die Vereisung und anschließende chirurgische Abtragung der Kuppe durch einen kleinen Schnitt, um damit die Entleerung des Eiters zu erleichtern.⁴⁹² Nur der Flachschnitt konnte Abhilfe schaffen, bevor sich das Geschehen auf die Venen ausbreitete und es zu einer generalisierten Infektion kam. Das freigelegte Gewebe musste anschließend durch Salben weiter offengehalten werden. Die Narbenbildung schien mit Klapps Methode besonders gering zu sein.⁴⁹³ In seiner Chirurgischen Klinik führte er die kleinen Furunkel- und Karbunkeloperationen teilweise selbst durch, doch meistens machten dies laut Akten seine Assistenten Studemeister und

⁴⁸⁸ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 136, 141, 146- 147

⁴⁸⁹ Vgl. Stephan, Heinrich: Transportable Beckenschwebelagerung, in DMW, 70. Jg., Heft 33/34 (1944), S. 473

⁴⁹⁰ Vgl. Bahls, G.: Über Fragen der Behandlung von Querschnittslähmungen, in: DZC, Band 258 (1944), S. 331

⁴⁹¹ Vgl. Schnack, Marburger Gelehrte, 1977, S. 265

⁴⁹² Vgl. Klapp, Rudolf: Behandlung des Gesichtsfurunkels, in: DMW, 66. Jg., Heft 44 (1940 a), S. 1229

⁴⁹³ Vgl. Klapp, Rudolf: Zur Behandlung des Gesichtsfurunkels, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 35 (1940 d), S. 1619

Lauber. Die Heilungsergebnisse der Patienten, die nach Klapps Methode operiert wurden, waren gut, sie konnten schon nach 2 bis 12 Tagen die Klinik wieder verlassen. Durch Einführung seiner Methoden konnten die Ergebnisse bereits vor der antibiotischen Ära deutlich verbessert werden.

Klapp entwickelte auch eine spezielle Operationsmethode bei Varizen. Neben der operativen Therapie gab es eine konservative, indem Injektionen in die Venen erfolgten. Diese Therapie führte im Gegensatz zur chirurgischen nicht zu einer kompletten Heilung und benötigte mehrere Sitzungen. Der Marburger Chirurg Lauber berichtete in einem Artikel in der DZC, dass die Patienten eine Behandlung, die in nur einer Sitzung abgeschlossen werden konnte, bevorzugten. Dies war nur mit der Operationsmethode von Klapp möglich. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit war bei operativer Behandlung auch nicht länger als bei konservativer Therapie. Seit 1928 wurde in der Marburger Chirurgischen Klinik die operative Methode der multiplen subkutanen Inzisionen nach Klapp durchgeführt. Dabei wurde zunächst die Vena saphena stammnah abgebunden und mittels einer Sonde entfernt. Danach erfolgten Inzisionen der Varizen am Unterschenkel an mehreren Stellen, so dass die Venen mit der Zeit verödeten. Mit dieser Methode war die Rezidivgefahr gering und auch das kosmetische Ergebnis war gut. Die Patienten durften erstmals am 8. postoperativen Tag aufstehen und wurden durchschnittlich am 14. Tag entlassen. Nach nur 3 Wochen waren sie wieder komplett arbeitsfähig.⁴⁹⁴ In den untersuchten Patientenakten fanden sich nur zwei Fälle von Varizen-OP's. Beide wurden nach dem Verfahren von Klapp chirurgisch versorgt und konnten nach 13 bzw. 18 Tagen die Klinik verlassen.⁴⁹⁵

Bei Betrachtung der Fälle, die Klapp operierte, war keine Spezialisierung erkennbar. Er führte sowohl einfache Operationen wie Appendektomien oder Abszessspaltungen sowie komplizierte Operationen bei Schussverletzungen durch. Er operierte das komplette breite chirurgische Krankheitsspektrum der Klinik mit Ausnahme von urologischen und Hernienoperationen.

Oskar Wiedhopf hatte sich in seiner Marburger Zeit als Oberarzt unter Klapp vor allem auf Operationen am Pylorus spezialisiert. Zum 70. Geburtstag Klapps im Jahr 1943 widmete er ihm einen Artikel über seine Operationserfahrungen bei Pylorospasmus. Er

⁴⁹⁴ Vgl. Lauber, Hans Joachim: Die Behandlung der Varicen mit multiplen subcutanen Discisionen, in: DZC, Band 258 (1944), S. 1- 5

⁴⁹⁵ Identifikationsnummern 0532, Aktennummer 1941/509 und Identifikationsnummer 0677, Aktennummer 1944/316

verhindert durch eine Muskelhyperplasie am Antrum eine regelrechte Speisenweitergabe in den Dünndarm. Dadurch kommt es nach jeder Nahrungsaufnahme zu Erbrechen, und die Patienten nehmen stark an Gewicht ab. Wiedhopf widerlegte bisherige Methoden, dass man den Ringmuskel des Pylorus bei der Operation durchtrennen müsse, und spaltete nur die Muskulatur am Antrum. Da dieses Krankheitsbild vor allem bei Säuglingen vorkam und eine zu tiefe Durchtrennung des Pylorusringmuskels lebensgefährlich sein konnte, war seine Methode ungefährlicher, einfacher und erzielte gleich gute Ergebnisse. Wiedhopf hatte bis zum Jahr 1943 insgesamt 119 Fälle mit Pylorospasmus operiert⁴⁹⁶ und galt daher als Spezialist auf diesem Gebiet. Er arbeitete in der Marburger Chirurgischen Klinik im Jahr 1928 als Oberarzt (bis 1933) und ab 1944 als Kliniksdirektor. Im Jahr 1928 war unter den untersuchten Patientenakten keine mit der Diagnose eines Pylorospasmus, aber im Jahr 1944 operierte Wiedhopf einen 79-jährigen untergewichtigen Mann mit Pylorospasmus erfolgreich.⁴⁹⁷

Wiedhopf versorgte ebenso wie Klapp das gesamte Krankheitsspektrum der Klinik. Auch als Direktor führte er einfachere Operationen wie Appendektomien und Hernienoperationen durch. Nur selten operierte er allerdings Frakturen.

Hans Boeminghaus, der 1928 ebenfalls als Oberarzt an der Chirurgischen Klinik tätig war, spezialisierte sich auf das Gebiet der urologischen Operationen. Er forschte intensiv an Sterilisationsmethoden bei Männern und führte daher in den 30er Jahren hauptsächlich die Zwangssterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bei psychisch Erkrankten in der Marburger Klinik durch. Die Operation, eine Vasektomie, konnte meistens in Lokalanästhesie durchgeführt werden, und der Klinikaufenthalt der Patienten lag ungefähr bei 5-6 Tagen. Boeminghaus forderte 1934 ambulante Operationen, um den Kontakt der „Geisteskranken“ mit den anderen Patienten und Pflegekräften gering zu halten. Tatsächlich wurden ab 1936 viele Sterilisationen nur noch ambulant im eigenen Operationssaal der Landesheilanstalt Marburg durchgeführt.⁴⁹⁸ Boeminghaus arbeitete von 1928 bis 1938 in der Marburger Chirurgischen Klinik. In den ausgewerteten Akten von 1928 führte er hauptsächlich Appendektomien, Hernienoperationen und Operationen an der Schilddrüse und an Gelenken durch.

⁴⁹⁶ Vgl. Wiedhopf, Oskar: Die Bedeutung des Pylorusringmuskels bei der Operation des Pylorospasmus der Säuglinge (Ramstedtsche Operation), in: DZC, Band 257 (1943), S. 445- 448

⁴⁹⁷ Identifikationsnummer 0795, Aktennummer 1944/2709. Der Aufenthalt betrug 37 Tage.

⁴⁹⁸ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 476- 477

Der Chirurg Alexander Studemeister operierte die meisten Patienten der hier ausgewerteten Krankenakten. Er war in der Marburger Chirurgischen Klinik von 1935 an beschäftigt, bis er nach Kriegsende in die USA auswanderte. Trotz seines Status als Assistenzarzt während der Arbeit in Marburg durfte er sehr selbstständig arbeiten. Neben den zahlreichen „kleineren“ Operationen wie Hernien und Abszessen durfte er auch Schussverletzungen, Strumen, Appendektomien, Karzinome und Frakturen operieren. Aus den Aktenaufzeichnungen ist abzulesen, dass er trotz seines Assistenzarzt-Status ein großes Maß an Entscheidungsfähigkeit bei der Behandlung von Patienten hatte. Er behandelte auch Kriegsversehrte, die Amputationen durch Erfrierungen erlitten hatten, und beschrieb diese Methoden in der DZC.⁴⁹⁹

Johannes Baumann war nur während der Auswertungszeit 1940/41 als Oberarzt in der Marburger Chirurgischen Klinik tätig, weil er 1941 zum Heeresdienst abkommandiert wurde. Er operierte vornehmlich Karzinome des Magens, des Ösophagus und des Darmes sowie Schilddrüsen- und Gallenblasenerkrankungen. Kleine chirurgische Eingriffe führte er nur selten durch.

Er beschäftigte sich mit dem Pneumoperitoneum und veröffentlichte eine Forschungsarbeit im Zentralblatt für Chirurgie. Dort beschrieb er, dass bei Verdacht auf freie Luft im Bauchraum durch Magen- oder Darmperforation Röntgenaufnahmen in Linksseitenlage oder Rückenlage anstatt im Stehen angefertigt werden sollten. Die freie Luft stellte sich bei Perforation als Luftsichel unter dem Zwerchfell und Beckenschaufel dar. Er war der Meinung, dass die Aufnahmen in Linksseitenlage genauer seien und sich dadurch teilweise gedeckte von einer freien Perforation unterscheiden ließen.⁵⁰⁰ Diese Methode wurde in Marburg umgesetzt.⁵⁰¹

Hans-Joachim Lauber war Oberarzt an der Chirurgischen Klinik, aber im Jahr 1940/41 abkommandiert, so dass er unter den ausgewerteten Patientenakten nur Patienten aus dem Jahr 1944 operierte. Als Oberarzt führte er vor allem „größere“ Operationen wie Karzinome und Magenulcera durch. Lauber forschte an der Therapiewirkung von

⁴⁹⁹ Vgl. Studemeister, Alexander: Beitrag zur operativen Nachbehandlung von Erfrierungstümpfen am Fuß, in: DZC, Band 258 (1944), S. 49 f.

⁵⁰⁰ Vgl. Baumann, Johannes: Zur Röntgendarstellung des Pneumoperitoneums, in ZblCh, 70. Jg., Heft 9 (1943), S. 333- 339

⁵⁰¹ Siehe Kapitel 11

Vitamin C. Seiner Meinung nach bestand nach Frakturen ein erhöhter Vitamin-C-Bedarf und warb für eine ausreichende Versorgung dessen bei der Behandlung von Frakturen.⁵⁰² Genauso vertrat er die Meinung, dass Vitamin C zur Immunabwehr beiträgt. Durch einen erhöhten Bedarf und Verbrauch an Vitamin C bei Infektionen favorisierte er deren Gaben im Krankenhaus zur besseren Abwehr.⁵⁰³ Aus den untersuchten Patientenakten war allerdings nicht zu entnehmen, dass die Marburger Patienten eine besonders Vitamin-C-haltige Nahrung oder dies als Nahrungsergänzungsmittel erhielten.

Zudem veröffentlichte Lauber 1942 und 1943 Arbeiten zur Pyelographie. Den Standard der retrograden Pyelographie (dabei wird während einer Cystoskopie Kontrastmittel retrograd in die Harnleiter injiziert) sah er kritisch, denn bei zu hohem Druck der Kontrastmittelinjektion konnte es zu Rupturen der Harnleiter oder des Nierenparenchyms kommen.⁵⁰⁴ Er empfahl dafür eine intravenöse Injektion des Kontrastmittels. Nach 5-7 Minuten konnten die Röntgenaufnahmen angefertigt werden, da sich das Kontrastmittel schnell im Blut verteilte und schließlich über die Nieren und Harnwege ausgeschieden wurde. Dies hatte den Zusatznutzen, dass sich neben den anatomischen Begebenheiten auch die Funktionsfähigkeit der Niere beurteilen ließ. Fehler konnten durch eine zu starke oder zu schwache Diurese mit entsprechender Herabsetzung der Kontraststärke entstehen.⁵⁰⁵ Beide Methoden der Pyelographie wurden in Marburg angewandt.⁵⁰⁶ Mit seinem Assistenten A. Rein veröffentlichte er einen Artikel über das Krankheitsbild der Epiphysiolysis capitis femoris.⁵⁰⁷

Der Chirurg Felix Mondry, der als Assistent in der Marburger Chirurgischen Klinik anfang und dort später zum Oberarzt aufstieg, machte im ausgewerteten Jahr 1940/41 nur relativ wenige Operationen, da er zum Heeresdienst eingezogen war. 1944 führte er vor allem unfallchirurgische Operationen wie Frakturbehandlungen und Hüftluxationen durch. Im Jahr 1943 verfasste er einen Artikel im ZblCh, den er Rudolf Klapp widmete. Er berichtete über eine von Klapp erfundene Operationsmethode bei amputiertem Daumen. Der Daumen als wichtigster Finger zur Funktionstüchtigkeit der Hand wurde

⁵⁰² Vgl. Lauber, Hans- Joachim/ Nafziger, Helmut/ Bersin, Theodor: Frakturen und Vitamin-C-Haushalt, in: KW, 16. Jg., Heft 38 (1937 c), S. 1314- 1315

⁵⁰³ Vgl. Lauber, Hans- Joachim/ Bersin, Theodor/ Nafziger, Helmut: Der Ascorbinsäurebedarf bei chirurgischen Infektionen, in: KW, 16. Jg., Heft 37 (1937 a), S. 1274- 1276

⁵⁰⁴ Vgl. Lauber, Pyelographie, 1942, S. 343

⁵⁰⁵ Vgl. Lauber, Hans Joachim: Das intravenöse Pyelogramm beim Steinleiden, in: DZC, Band 257 (1943 b), S. 622- 623

⁵⁰⁶ Siehe Kapitel 11

⁵⁰⁷ Vgl. Lauber, Hans Jochachim/ Rein, A.: Beitrag zur Pathogenese der Epiphysiolysis capitis femoris, in: DZC, Band 257 (1943 e), S. 396

wiederhergestellt, indem das Os metacarpale I mobilisiert wurde und dabei als neuer „Daumen“ diente. Es war eine eigenständige Bewegung gegenüber dem Rest der Hand möglich, so dass wieder mit einem Stift geschrieben oder eine Gabel zum Essen gehalten werden konnte.⁵⁰⁸ Mondry behandelte aber auch viszeralchirurgische Patienten und führte als Oberarzt anspruchsvolle Operationen wie z.B. nach einer Leberruptur durch.

Curt Hempel war bereits vor Klapps Ära als Assistent in der Marburger Chirurgischen Klinik beschäftigt und wurde 1942 Direktor des Hospitals in Fritzlar. In den ausgewerteten Patientenakten aus dem Jahr 1928 führte er, obwohl er erst vier Jahre in der chirurgischen Laufbahn verbracht hatte, Appendektomien und Operationen von Leistenhernien, Abszessen und Panaritien durch. Im Jahr 1940/41 war keine Operation unter seinem Namen verzeichnet. Ob er zu dieser Zeit ebenfalls abkommandiert war, ist nicht mehr nachzuvollziehen.

Der Stabsarzt Bernhard Klapp, der in den Kriegsjahren im Reservelazarett seines Vaters Rudolf Klapp tätig war, berichtete in der DZC über drei in Marburg verwendete Verbandstypen. Der Polsterverband wurde als Rechtwinkelschiene bei Schultergelenksverletzungen eingesetzt, und bei Abriss der Strecksehne am Finger wurde eine Aufsteckschiene angefertigt. Diese bestand aus zwei Metallschienen, in die der Finger in Dorsalflexion fixiert wurde. Mit dieser Schiene war eine Operation vermeidbar, da die abgerissene Sehne nicht genäht werden musste. Schließlich war der Kreuzzugverband eine weitere Marburger Erfindung. An der Streckseite des Unterschenkels verheilten granulierende Wunden nur sehr schlecht oder gar nicht, da die Hautränder auseinanderklafften. Solche Defekte mussten normalerweise mit einer Lappenplastik übernäht werden. Mit Hilfe des Kreuzzugverbandes konnten die Wundränder aneinandergezogen werden und damit die Wunde gut verheilen.⁵⁰⁹

⁵⁰⁸ Vgl. Mondry, Felix: Mobilisierung (Metacarpolysis, Phalangisation) des Metacarpale I beim Daumenverlust, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 9 (1943), S. 330- 332

⁵⁰⁹ Vgl. Klapp, Bernhard, 1943, S. 707- 711

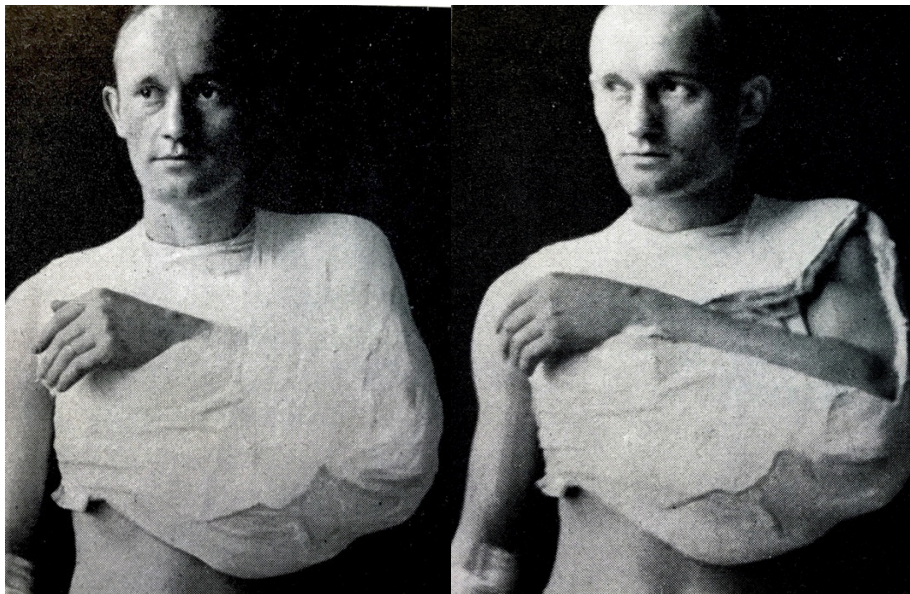


Abb. 23: Polsterverband ⁵¹⁰

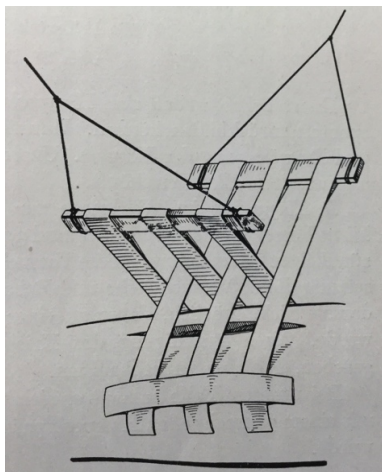


Abb. 24: Kreuzzugverband ⁵¹¹

Da es in dieser Arbeit um die zivilen Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik geht und Bernhard Klapp nur im Reservelazarett tätig war, trat er nicht als Operateur dieser Patienten in Erscheinung. Dennoch fanden die Verbände auch in der Chirurgischen Klinik Verwendung.

Allgemein zeigt sich, dass die Chirurgen eigene Spezialisierungen und Schwerpunkte hatten. Dennoch mussten sie in Marburg alle anfallenden Operationen durchführen. Weitere Informationen und Biographien zu den Marburger Chirurgen sind im Anhang Kapitel 20.1 zu finden.

⁵¹⁰ Ebd. S. 709

⁵¹¹ Ebd. S. 711

10.2 Narkosen

10.2.1 Geschichte der Anästhesie

In Deutschland wurde die Äthernarkose erstmals 1847 von dem Chirurgen Heyfelder⁵¹² in Erlangen durchgeführt. Zur selben Zeit erfand der Schotte Simpson⁵¹³ die Chloroformnarkose. Äther wies als typische Nebenwirkung eine Bronchienreizung und Übelkeit auf. Chloroform hatte den Vorteil einer tieferen Sedierung, jedoch dadurch auch bedingt ereigneten sich häufigere Todesfälle.⁵¹⁴

Die Narkose wurde durch ein mit Äther oder Chloroform getränktes Tuch, das vor den Mund gehalten wurde, eingeleitet. Zur besseren Steuerbarkeit wurde die Schimmelbusch'sche Maske entwickelt, auf die das Tuch gespannt und die Narkosemittel getropft wurden. Die Narkoseeinleitung begann mit dem langsamen Tröpfeln von 20 Tropfen Äther auf den Mull der Maske. Erst nach Stabilisierung der Atmung wurde schneller mit bis zu 60 Tropfen pro Minute getropft.⁵¹⁵ Jede Person, die sich im gleichen Raum aufhielt, atmete automatisch auch diese Narkosegase ein, und so befanden sich die Chirurgen ebenfalls in einem leichten Rauschzustand.⁵¹⁶



Abb. 25: Äthertropfnarkose⁵¹⁷

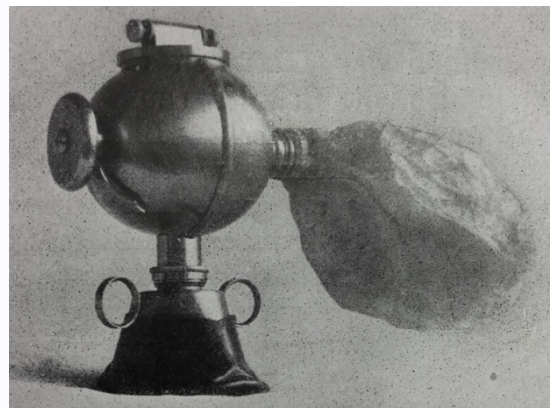


Abb. 26: Narkosemaske nach Ombrédanne⁵¹⁸

⁵¹² Heyfelder Johann Ferdinand, *19.01.1798 in Küstrin, † 21.06.1869 in Wiesbaden

⁵¹³ Simpson, James Young: * 07.06.1811 in Bathgate, † 06.05.1870 in Edinburgh, schottischer Arzt

⁵¹⁴ Vgl. Sailer/ Gierhake, Chirurgie, 1973, S. 12- 14

⁵¹⁵ Vgl. Leyden, Ernst von/ Klemperer, Felix: Die deutsche Klinik, Am Eingang des zwanzigsten Jahrhunderts, VIII. Band Chirurgische Vorlesungen, Berlin, Wien 1905, S. 13, 25-26

⁵¹⁶ Vgl. Lübbers, Christian W./ Lübbers, Wolf: Operieren wie im Rausch, in: HNO-Nachrichten, Heft 6 (2008), S. 4

⁵¹⁷ Ebd., S. 2

⁵¹⁸ Körbler, Georg: Die Äthernarkose mit der Maske nach Ombrédanne, in: DC, 1. Jg., Heft 21 (1929), S. 965

Um 1908 wurde die Narkosemaske nach Ombrédanne entwickelt. Sie wies eine metallene Kugel um einen mit Äther getränkten Filzstoff auf. Eine Maske, die über Mund und Nase gelegt wurde, umschloss die Hohlkugel. Zudem konnte durch ein Ventil die Ätherzufuhr reguliert werden und Frischluft durch die Maske strömen.⁵¹⁹ Dennoch kam es durch Hypoxie unter der Maske zu Todesopfern. Erst durch Erfindung des Ätherinhalationsgerätes, das einen konstanten Sauerstoffgehalt garantierte, wurden die Äthernarkosen sicherer und es strömte nur noch wenig Äthergemisch in die Raumluft.⁵²⁰ Durch eine eingebaute Heizspirale verdampfte der Äther und ging in den vorbeiströmenden Luftstrom über. Die verdampfte Ätherdosis blieb konstant, jedoch konnte die Ätherkonzentration durch Regulierung des Luftstromes verändert werden.⁵²¹ Der nächste Schritt zur Sicherung der Atemwege, Schutz vor Aspiration und damit einer sicheren Narkose (Intubationsnarkose) etablierte sich erst nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Narkoseeinleitung bei Äthernarkosen erfolgte in drei Stadien. Zunächst kam es zu einer Beeinträchtigung des Bewusstseins. Im zweiten Stadium (Exzitationsstadium) entstand eine Erregung mit Muskelzuckungen und Zyanose, bis im dritten Stadium die tiefe Narkose einsetzte. Hier waren die Patienten ruhig, die Muskeln relaxiert und die Herzfrequenz und Atmung verlangsamt.⁵²² Die Überwachung der Narkose erfolgte durch ärztliches Pulsmessen und Kontrolle der Atmung. Ebenfalls wurde der Gesichtsausdruck beobachtet und die Tiefe der Narkose konnte an der Pupillenweite und am Kornealreflex abgeschätzt werden. War dieser erloschen, so wies dies auf eine tiefe Narkose hin.⁵²³

Neben diesen Allgemeinnarkosen gab es Lokalanästhesien. Zunächst wurden ab 1867 lokale Vereisungen durch Besprühen von Chloräthyl auf die Haut durchgeführt.⁵²⁴ Dabei fiel allerdings auf, dass die Patienten oftmals beim Einsprühen der Hautpartie einschliefen, und so wurde Chloräthyl fortan genutzt, um einen Schlafrausch für kurze operative Eingriffe zu erzeugen.⁵²⁵

⁵¹⁹ Vgl. Ebd., S. 965

⁵²⁰ Vgl. Lübbers/ Lübbers, Operieren, 2008, S. 3

⁵²¹ Vgl. Kärber, G.: Methodischer Beitrag zur experimentellen Äthernarkose. (Ätherbestimmung und Ätherdosierung), in: Naunyn-Schmiedebergs Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie Volume 160, Number 3-4 (1931), S. 436- 437

⁵²² Vgl. Meyer: Über einen Todesfall in Äthernarkose und den Ätherrausch, in: Deutsche Zeitschrift für die gesamte Gerichtliche Medizin, Heft 7 (1926), S. 466- 467

⁵²³ Vgl. Leyden/ Klemperer, Deutsche Klinik, 1905, S. 26- 27

⁵²⁴ Vgl. Alnor, Jens: Die Geschichte der Chirurgie in Hamburg- Eppendorf, Dissertation, Hamburg 1985, S. 5

⁵²⁵ Vgl. Lübbers/ Lübbers, Operieren, 2008, S. 3

1883 entwickelte der Augenarzt Koller⁵²⁶ eine Kokainlösung, die zu einer Schleimhutanästhesie führte, und er konnte nach Eintropfen dieser Lösung schmerzfreie Operationen am Auge durchführen. Lokalanästhesie mittels Kokain verbreitete sich in andere Fachdisziplinen und es wurde nicht nur getropft, sondern auch intra- oder subkutan injiziert. Durch hohe Kokaindosen kam es jedoch häufig zu Intoxikationen mit teilweise tödlichem Ausgang. Daher versuchte man, die Dosis zu minimieren bzw. die Wirkung geringer Dosen zu verlängern.⁵²⁷ Durch Entdeckung weniger toxischer Kokain-Abkömmlinge, wie z.B. des Novocains, löste sich das Problem.⁵²⁸ Die Lokalanästhetika wurden gezielt in die Nähe eines Nerven gespritzt und schalteten in geringer Dosierung die Sensibilität des versorgten Nervengebietes aus. Bei Injektion größerer Dosen des Lokalanästhetikums konnten auch motorische Nervenfasern blockiert werden. Dies dauerte allerdings länger als die sensible Nervenausschaltung.⁵²⁹ Ebenfalls wurden damit Spinalanästhesien durchgeführt. Erstmals setzte der deutsche Chirurg August Bier 1901 Kokain für eine Spinalanästhesie ein. Diese Methode entwickelte sich schnell zu einem Anästhesiestandardverfahren.⁵³⁰ Die technisch schwierigere Periduralanästhesie, die ebenfalls mit Lokalanästhetika durchgeführt wird, führte 1931 Dogliotti⁵³¹ ein.⁵³²

In der Kriegschirurgie wurden entgegen den neueren Erkenntnissen wieder hauptsächlich Chloroformtropfnarkosen gemacht, da diese Substanz besser verfügbar war und eine Narkose ohne besondere Hilfsmittel möglich war. Das Hantieren mit den Tropfflaschen war jedoch für viele junge Ärzte neu, da sie diese veraltete Technik nicht mehr gelernt hatten. Sie kannten nur die Narkosen mit speziellen Narkoseapparaten. Daher wurden die Chirurgen in den Kliniken angehalten, ihren Assistenten die Tropfnarkosen wieder beizubringen.⁵³³

⁵²⁶ Koller: * 03.12.1857 in Schüttenhoden, † 22.03.1944 in New York, österreichischer Augenarzt

⁵²⁷ Vgl. Ziganell, Anaesthesie, 1987, S. 38- 43

⁵²⁸ Vgl. Ebd., S. 46

⁵²⁹ Vgl. Boeminghaus, H./ Kochmann, M.: Über quantitative Unterschiede in der Wirkung der Lokalanästhetika auf sensible und motorische Nerven, in: Naunyn-Schmiedeberg's Archives of pharmacology, Volume 141, Number 3/4 (1929), S. 238

⁵³⁰ Vgl. Ziganell, Anaesthesie, 1987, S. 43- 45

⁵³¹ Dogliotti, Archile Mario: * 25.09.1897 in Turin, † 02.06.1966 in Turin, italienischer Chirurg

⁵³² Vgl. Ziganell, Anaesthesie, 1987, S. 49

⁵³³ Vgl. Kreglinger, G.: Zur Wahl der Betäubungsverfahren im Krieg und Frieden, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 25 (1940), S. 1153

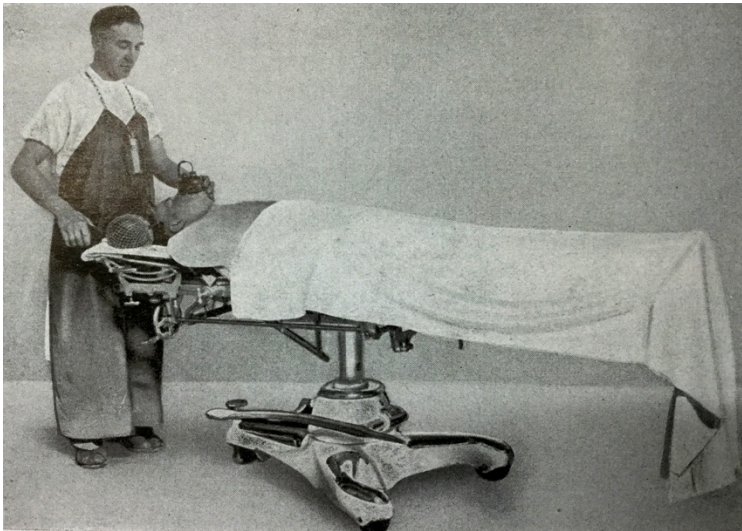


Abb. 27: Chloroformnarkose⁵³⁴

10.2.2 Anästhetika

Allgemeinnarkosen wurden als reine Äthernarkosen oder als Chloräthyl-Äther-Narkosen durchgeführt. Der Unterschied der beiden Verfahren lag darin, dass vor der Narkoseaufrechterhaltung mit Äther ein Chloräthyl-Rausch den Patienten zum Einschlafen brachte. Die beiden Substanzen Chloräthyl und Äther wurden nacheinander auf eine Maske getropft.⁵³⁵ Der Vorteil lag in einer angenehmeren Narkoseeinleitung und wurde daher vor allem bei Frauen und Kindern bevorzugt.⁵³⁶ Daneben konnte eine Allgemeinnarkose auch mit Avertin und Evipan erzeugt werden. Diese beiden Substanzen wurden jedoch seltener eingesetzt.

Mit Äther konnte ein Rausch für kleinere Eingriffe wie Inzisionen und Repositionen von Frakturen oder eine tiefe Narkose für größere Operationen erreicht werden.⁵³⁷ Nebenwirkung der Äthernarkose konnte eine Leberschädigung sein, die von der Ätherdosis abhing.⁵³⁸ Des Weiteren konnten Krampfstörungen mit spastischen Muskelkontraktionen⁵³⁹ und Laktatazidosen auftreten. Mit einer Sauerstofftherapie wurde gegengesteuert.⁵⁴⁰ Zudem kam es zu Hyperglykämien.⁵⁴¹ Die schwerwiegendste

⁵³⁴ Ebd., S. 1156

⁵³⁵ Vgl. Meyer, Äthernarkose, 1926, S. 462, 465

⁵³⁶ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 153

⁵³⁷ Vgl. Meyer, Äthernarkose, 1926, S. 461, 464, 467

⁵³⁸ Vgl. Boshamer, Kurt: Untersuchungen über die Einwirkung von Äthernarkosen auf die Leberfunktion, in: KW, 7. Jg., Heft 10 (1928), S. 445- 446

⁵³⁹ Vgl. Blomfield, J.: Krampfstörungen bei der Äthernarkose, in KW, 11. Jg., Heft 13 (1932), S. 575

⁵⁴⁰ Vgl. Fuss, H.: Über Störungen des Kohlenhydrathaushaltes bei der Äthernarkose, in: KW, 9. Jg, Heft 9 (1930), S. 410

⁵⁴¹ Vgl. Müller, Hans C.: Die Blutzuckerkurve in der Äthernarkose, in : European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, Volume 133, Number 3 (1932), S. 179

Komplikation war bei zu tiefer Sedierung allerdings die Atemlähmung.⁵⁴² Diese schien jedoch nicht sehr häufig aufzutreten. August Bier aus der Chirurgischen Klinik in Berlin betitelte die Äthertropfnarkose als fast ideale Inhalationsnarkose. Unter seinen 16843 auf diese Weise narkotisierten Patienten war nur ein Todesfall zu verzeichnen.⁵⁴³

An der Marburger Chirurgischen Klinik forschte Lauber zusammen mit der chemischen Abteilung des Physiologischen Institutes über die Wirkungen von Vitamin-C in Verbindung mit Narkose. Man wusste bereits, dass Vitamin-C eine große Rolle bei der Infektabwehr spielte. Ein positiver Effekt von Vitamin-C auf Übelkeit und Erbrechen nach der Narkose konnten die Marburger nicht nachweisen. In Tierversuchen mit Kaninchen wurde im Urin die Ascorbinsäureausscheidung untersucht. Nach Narkosen kam es parallel zur Narkosetiefe zu einem entsprechenden Absinken der Vitamin-C Ausscheidung, das als Anzeichen für einen gesteigerten Bedarf angesehen wurde. Um die Genesung zu beschleunigen bzw. Komplikationen zu reduzieren, sollte präoperativ Vitamin-C verabreicht werden.⁵⁴⁴

Chloräthyl wies das gleiche Nebenwirkungsspektrum wie Chloroform auf: Absenkung der Körpertemperatur und des respiratorischen Stoffwechsels sowie Steigerung des Protein- und Stickstoffstoffwechsels und des Blutzuckers.⁵⁴⁵ Eine sehr schwere Nebenwirkung der Chloroformnarkose war die Organverfettung, die bis zum Organversagen fortschreiten konnte.⁵⁴⁶ Ein Chloräthylrausch war für kleine Operationen ausreichend, ansonsten führte man die Narkose mit Äther weiter. Großer Vorteil war hier der Wegfall des unangenehmen Erregungsstadiums durch Äther zu Beginn der Narkose.⁵⁴⁷

⁵⁴² Vgl. Tonndorf, W.: Atemstillstand in Äthernarkose bei Eröffnung eines submandibularen Abscesses, in: European archives of oto-rhino-laryngology and head & neck, Volume 149, Number 3/4 (1941), S. 555

⁵⁴³ Vgl. Martin, B.: Unsere heutige Kenntnis des Avertins und seine praktische Verwendung, in: DMW, 54. Jg., Heft 49 (1928), S. 2070

⁵⁴⁴ Vgl. Lauber, Hans- Joachim/ Bersin, Theodor/ Nafziger, Helmut: Der Einfluss von Narkose und Operation auf den Vitamin C- Haushalt, in: KW, 16. Jg., Heft 37 (1937 b), S. 1272- 1274. Weitere Information zur Vitaminforschung an der Marburger medizinischen Fakultät in: Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., 2001: Die Vitaminforschung als fächerübergreifendes Forschungsprojekt, S 404- 409

⁵⁴⁵ Vgl. Schenk, Paul: Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Chloroformnarkose, in: KW, 2. Jg., Heft 32 (1923), S. 1507- 1508

⁵⁴⁶ Vgl. Schenk, Paul: Die Wirkung der Chloroformnarkose auf den Körperhaushalt, in: Naunyn-Schmiedeberg's Archives of pharmacology, Volume 99, Number 3/4 (1923), S. 206

⁵⁴⁷ Vgl. Käfer, Hans: Feldchirurgie, Dresden/ Leipzig 1943, S. 166- 168

Narkosen mit Avertin wurden rektal eingeleitet. Nach 20-30 Minuten trat die Sedierung ein.⁵⁴⁸ Die Aufnahme des Narkotikums in das Blut erfolgte über die Darmschleimhaut.⁵⁴⁹ Die Einleitungsdosis des seit 1926 im Einsatz befindlichen Tribrom-Ethyl-Alkohol wurde nach Körpergewicht berechnet.⁵⁵⁰ Mögliche Nebenwirkungen waren eine irreversible Atemlähmung und starke Hypotonien. Schäden an Herz, Niere oder Leber traten nicht auf,⁵⁵¹ ebenso trat die Sedierung ohne Exzitationsstadium ein.⁵⁵² Nachteil war die schlechte Steuerbarkeit,⁵⁵³ da keine Unterbrechung möglich war. Darmspülungen konnten allenfalls die Narkosedauer etwas reduzieren.⁵⁵⁴ Ab 1930 wurden intravenöse Avertin-Narkosen erprobt, die zu einem 3-6-minütigen Rauschzustand führten und besser steuerbar waren.⁵⁵⁵

Als weiteres Narkotikum wurde das Barbitursäurepräparat Evipan eingesetzt, das zu einer Blockade des Hirnstammes führt.⁵⁵⁶ Eine Dosisberechnung erfolgte nicht. Verabreicht wurde es so lange, bis der Patient einschlief. Durch Nachinjizieren war eine Narkoseverlängerung möglich. Auch hier konnte allerdings dosisabhängig ein Atemstillstand eintreten,⁵⁵⁷ und häufig traten starke Erregungszustände auf. Vorteil der 15-20-minütigen Narkose war eine antiemetische Wirkung.⁵⁵⁸ Außerdem konnte bei präoperativer Gabe von Morphin die Dosis des Evipans reduziert werden,⁵⁵⁹ und jederzeit war ein Übergang in eine Äthervollnarkose möglich.⁵⁶⁰

⁵⁴⁸ Vgl. Nestmann, Friedrich: Klinisches und Pharmakologisches zur Avertinnarkose, in: KW, 7. Jg., Heft 40 (1928), S. 1901

⁵⁴⁹ Vgl. Specht, Karl: Zum jetzigen Stande der Avertinnarkose, in: KW, 10. Jg., Heft 14 (1931), S. 650-651

⁵⁵⁰ Vgl. Pilcher, James T.: Die Avertinnarkose in der Chirurgie, in: Annals of Surgery, Volume 93, Number 2 (1930), S. 639

⁵⁵¹ Vgl. Specht, Avertinnarkose, 1931, S. 652- 653

⁵⁵² Vgl. Ebd., S. 1901

⁵⁵³ Vgl. Pfitzner, Hans: Tod nach Avertin-Narkose, in: KW, 8. Jg., Heft 9 (1929), S. 409- 410

⁵⁵⁴ Vgl. Nestmann, 1928, S. 1901- 1904

⁵⁵⁵ Vgl. Freienstein, Waldemar: Die intravenöse Avertinnarkose nach Kirschner, in: KW, 9. Jg., Heft 16 (1930), S. 742- 743

⁵⁵⁶ Vgl. Hollenbach, F.: Die intravenöse Narkose mit Eunarcon und Evipan, in: KW, 17. Jg., Heft 35, (1938), S. 1230

⁵⁵⁷ Vgl. Förderl, Viktor: Die Anwendung des Evipan- Natrium für Narkose, Rausch und Dämmer Schlaf in der Geburtshilfe und Gynäkologie, in: Archives of Gynecology and Obstetrics, Volume 163, Number 1 (1937), S. 123-126

⁵⁵⁸ Vgl. Schumacher, P./ Adler, E.: Die intravenöse Evipan-Natrium- (E.Na.) Narkose in der Gynäkologie, in: KW, Jg. 12, Heft 25 (1933), S. 978

⁵⁵⁹ Vgl. Hollenbach, Narkose, 1938, S. 1231

⁵⁶⁰ Vgl. Käfer, Feldchirurgie, 1943, S. 167

Vor den Narkosen erhielten die Patienten zur Beruhigung Morphin, Scopolamin oder das Schlafmedikament Pernokton. Postoperativ bestand dadurch eine Amnesie, und die emetischen Nebenwirkungen waren geringer.⁵⁶¹

Als Lokalanästhetika wurden nach der Kokain-Ära nur noch Kokain-Ersatzmittel wie Larocain, Novocain, Pantocain und Percain verwendet.⁵⁶² Sie waren weniger toxisch und es entstanden keine psychischen Kokainsymptome wie Euphorie.⁵⁶³ Überempfindlichkeiten kamen nur selten vor.⁵⁶⁴ Das Lokalanästhetikum durfte wegen der Gefahr einer Überdosierung nicht in die Blutbahn injiziert werden. Durch Zusatz von Adrenalin, das eine Vasokonstriktion bewirkte, konnten Blutverluste reduziert werden.⁵⁶⁵ Eine Analgesie hielt 15-20 Minuten an, konnte aber durch intravenöse Gabe von Morphin auf 70 Minuten verlängert werden.⁵⁶⁶

Der Marburger Chirurg Wiedhopf empfahl 1944, für jeden Patienten individuell die geeignete Narkosemethode und Wahl der Anästhetika herauszufinden. Sowohl Lokalanästhetika als auch die Allgemeinnarkose hätten Vor- und Nachteile zugleich. Patienten, die schlechte Erfahrungen mit Lokalanästhetika gemacht hatten, wünschten sich auf Grund der Vorerfahrung eher eine Allgemeinnarkose. Andererseits wurde bei kreislaufinstabilen Patienten oder schweren Allgemeinerkrankungen eine Lokalanästhesie bevorzugt. Generell sollte, wenn dies der Krankheitszustand des Patienten zuließ, dem Wunsch des Patienten entgegengekommen werden.⁵⁶⁷

⁵⁶¹ Vgl. Raeschke: Zur Verbesserung der Äthernarkose mit Pernokton, in: KW, 7. Jg., Heft 21 (1928), S. 1014- 1015

⁵⁶² Vgl. Koch, Johannes: Kritische Bemerkungen über den Wert von Cocain- und Adrenalin-Ersatzmitteln für die Lokalanästhesie auf Grund vergleichender Versuche, in: Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, Volume 134, Number 75-82 (1933), S. 77

⁵⁶³ Hirsch, Caesar: Über den heutigen Stand der Lokalanästhesie im Gebiet des Ohres und der oberen Luft- und Speisewege, in: KW, 4. Jg., Heft 22 (1925) , S. 1070

⁵⁶⁴ Vgl. Griessmann, Bruno: Gefahren der Lokalanästhesie und Vorschläge zu ihrer Verhütung, in: European archives of oto-rhino-laryngology and head & neck, Volume. 139, Number 1 (1935), S. 109

⁵⁶⁵ Vgl. Jung, G.: Gefahren der Lokalanästhesie in: European archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck, Volume 129 (1931), S. 313- 314

⁵⁶⁶ Vgl. Keil, Werner/ Hepp, Georg: Über Verstärkung der Lokalanästhetika durch Morphium, in: Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology, Volume 179, Number 2-5 (1935), S. 421, 424

⁵⁶⁷ Vgl. Wiedhopf, Oskar: Die Lokalanästhesie, ihr derzeitiger Stand, ihre Aufgabe und ihre Leistung, in: Langenbecks Archiv für Klinische Chirurgie, Volume 261 (1949), S. 501- 502

10.2.3 Übliche Narkosen in der Chirurgischen Klinik

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden in allen untersuchten Jahrgängen Lokalanästhesien, Leitungsanästhesien und Allgemeinnarkosen eingesetzt.

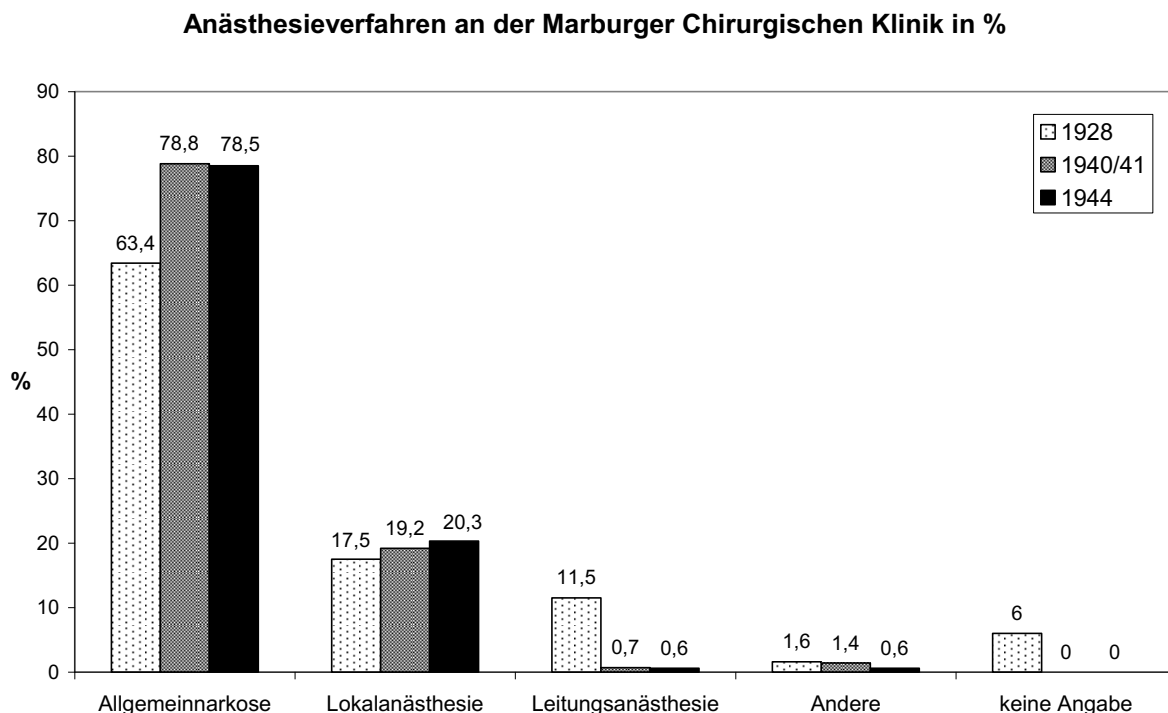


Abb. 28: Häufigkeit der unterschiedlichen Anästhesieverfahren an der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

Meistens wurden allerdings die sogenannten Vollnarkosen bzw. Allgemeinnarkosen durchgeführt. Operationen fanden 1928 zu 63,4% in Äthervollnarkose statt. Bereits 1940/41 wurden zu 78,8% Vollnarkosen durchgeführt. Als Anästhetikum verwendeten die Chirurgen häufig Chloräthyl-Äther. 1944 wurden wieder hauptsächlich reine Äthernarkosen (63,8% aller Narkosen) und einige Chloräthyl-Äther-Narkosen (14,6% aller Narkosen) durchgeführt. Allgemeinnarkosen erhielten generell Patienten bei denen eine Operation mit Muskelrelaxation notwendig oder das Operationsgebiet zu groß für eine lokale Anästhesie war. Die Anästhesieverfahren mit Äther oder Chloräthyl waren 1928 und in den Kriegsjahren gleich. Dennoch nahm die Anzahl im Laufe der Auswertungsjahre zu. Eine bessere Steuerbarkeit bzw. nebenwirkungsärmere Narkose war anscheinend gegeben.

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden in allen ausgewerteten Jahrgängen auch Avertin und Evipan zur Allgemeinnarkose eingesetzt, allerdings nur in vereinzelten Fällen. Es waren allesamt männliche Erwachsene zwischen 27 und 53 Jahren. Weshalb

sie genau diese Narkotika erhielten, ist nicht nachvollziehbar. Die Chirurgen Lauber und Studemeister beschrieben in zeitgenössischer Literatur, dass sie z.B. Avertin-Narkosen bei der Behandlung von Wundstarrkrampf neben der Verabreichung hoher Dosen des Tetanusserums einsetzten.⁵⁶⁸ Von den Patienten, die mit Avertin oder Evipan narkotisiert wurden, litt aber keiner an Tetanus. Sie wurden wegen einer Nebenhoden-Tuberkulose, eines Basalioms, epigastrischer Hernien und Duodenitis operiert.

Die Infiltrationsanästhesie mit Lokalanästhetika erfolgte in Marburg mit dem Wirkstoff Novocain. Der jüngste Patient war 5 Jahre und der älteste 80 Jahre alt. Bevorzugt wurde jedoch bei Kindern eine Vollnarkose, da diese weniger Angst auslöste. Lokale Betäubungen wurden bei kleineren und oberflächlichen Verletzungen wie Platzwunden bzw. Schnittwunden sowie bei Hernien, Hautkarzinomen und Panaritien angewandt. Teilweise setzte man sie auch bei größeren Operationen, wenn die Patienten in einem zu schlechten Allgemeinzustand waren, um eine Vollnarkose überstehen zu können, ein. Bei bestimmten Krankheitsbildern wurden im Laufe der Zeit andere Narkoseverfahren angewandt. 1928 erfolgten viele Strumektomien z.B. in Lokalanästhesie, während sie 1940/41 und 1944 nur in Allgemeinnarkose durchgeführt wurden. Wiedhopf empfahl bei Morbus Basedow Vollnarkosen wegen der Hyperthyreose, denn intraoperative Angstgefühle steigerten die Gefahr einer lebensgefährlichen Thyreotoxikose.⁵⁶⁹

Die Leitungsanästhesie, die ebenfalls mit einem Lokalanästhetikum durchgeführt wurde, machte 11,5% aller Narkosearten im Jahr 1928 aus. In den Kriegsjahren war der Anteil wesentlich geringer mit jeweils unter 1%. Weshalb diese Anästhesiemethode dann nur noch selten in Marburg durchgeführt wurde, geht aus den zeitgenössischen Veröffentlichungen der Mitarbeiter nicht hervor. Es könnte neben Fortschritten in der Allgemeinnarkose im Zeitmangel der Ärzte begründet sein, denn eine Leitungsanästhesie dauerte länger als eine Narkoseeinleitung unter Äther. In der Marburger Chirurgischen Klinik wurde erstere vor allem bei Operationen von Frakturen der Extremitäten angewandt. Sie wurde auch als konservative Therapie bei Ischiadicus-Schmerzen und Interkostalneuralgien eingesetzt. Die Marburger Patienten waren zwischen 15 und 70 Jahre alt.

⁵⁶⁸ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 153

⁵⁶⁹ Vgl. Wiedhopf, Pylorospasmus, 1949, S. 498- 500

Bei nur insgesamt 2,2% der Operierten ist die Narkoseart in den Patientenakten nicht angegeben. Außerdem war in keiner Akte ein Narkosezwischenfall oder gar die Narkose als Todesursache vermerkt. Während des Krieges wurden mehr Vollnarkosen bzw. weniger Leitungsanästhesien gemacht. Des Weiteren gab es Unterschiede in der Wahl der Narkotika. Es wurden mehr Chloräthyl-Äther Narkosen aufgrund der nebenwirkungsärmeren Einleitung durchgeführt.

Insgesamt gibt es für Marburg keinen Hinweis, dass es an ausreichend Narkotika gemangelt hat oder man wie in der Kriegschirurgie Chloroformnarkosen durchführen musste. Wenn möglich, wurden wegen der geringeren Nebenwirkungen Lokalanästhesien bevorzugt. Dennoch musste bei jedem Patienten individuell entschieden werden, welche Narkoseform er erhalten sollte. Bei bestimmten Operationen oder bei ängstlichen Patienten fiel die Wahl der Narkose manchmal auf eine Vollnarkose, um seelische Traumata zu verhindern.⁵⁷⁰

11 Kostenträger der Krankenhausaufenthalte an der Chirurgischen Klinik

Die Kosten der Krankenhausaufenthalte wurden hauptsächlich durch Gesetzliche oder Private Krankenversicherungen oder bei Arbeitsunfällen von der Unfallversicherung übernommen. Für Patienten mit Behinderungen kam die Krüppelfürsorge und bei hilfsbedürftigen Patienten die Armenfürsorge bzw. Wohlfahrtsfürsorge auf. Daneben gab es auch einige „Selbstzahler“. Sie waren nicht krankenversichert und mussten ihren Aufenthalt aus eigenen Mitteln finanzieren.

Die Zahl der Krankenversicherten nahm vom ausgehenden 19. bis ins 20. Jahrhundert stetig zu. Damit nahm auch die Zahl der „Selbstzahler“ in den Praxen und Krankenhäusern ab.⁵⁷¹

⁵⁷⁰ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 137, 153

⁵⁷¹ Vgl. Vögele, Jörg; Woelk, Wolfgang: Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert), Berlin 2000, S. 461

11.1 Die Gesetzliche Krankenversicherung

Die Gesetzliche Krankenversicherung wurde 1883 als eine Leistung der Sozialversicherung von Bismarck⁵⁷² eingeführt. Zunächst waren nur Arbeiter aus gesetzlich festgelegten Betrieben zwangsversichert. Erst 1911 erweiterte sich das Mitgliederspektrum auf Angestellte und Arbeiter aus dem Transport-, Handels- und Schifffahrtsgewerbe, Post, Eisenbahn, land- und forstwirtschaftliche Arbeitnehmer, Dienstboten und weitere.⁵⁷³ Somit stieg die Pflichtversichertenquote des deutschen Volkes von anfänglichen 10% auf ca. 25% vor dem Ersten Weltkrieg und bis 1928 auf 1/3 der gesamten Bevölkerung.⁵⁷⁴ Die Mitgliedsbeiträge zur Krankenversicherung beliefen sich in den Anfangsjahren auf 2-3% des Lohnes. 2/3 der Beiträge wurde durch den Versicherten erhoben und 1/3 durch den Arbeitgeber bezahlt.⁵⁷⁵ Dadurch konnten zunächst jedoch nur die Krankenhausleistungen gedeckt werden und nicht die Medikamente, die Vergütung der Ärzte oder das Krankengeld.⁵⁷⁶ Für spezielle Krankheiten wie Epilepsie, „Wahnsinn“ und Krebs wurden sogar nicht einmal die Aufwendungen für den stationären Aufenthalt bezahlt. Auch Geschlechtskrankheiten oder Krätze wurden nicht von der Versicherung übernommen, denn diese Krankheiten galten als selbstverschuldet.⁵⁷⁷ Mit dem Zuwachs an Versicherten nahmen schnell der Leistungsumfang der Krankenkassen und die Übernahme der Arzt-, Arznei- und Heilmittelkosten zu. Wenn die Erkrankung mit einer Dienstunfähigkeit einherging, wurde ab dem dritten Tag ein entsprechendes Krankengeld gezahlt, maximal für 13 Wochen. Außerdem konnten Wöchnerinnen für den Zeitraum von 3 Wochen nach der Geburt finanzielle Unterstützung erhalten. Starb ein versicherter Patient, so wurde den Angehörigen ein Sterbegeld gezahlt.⁵⁷⁸ Die Gesetzliche Krankenversicherung schützte vorübergehend erkrankte Arbeiter vor dem sozialen Abstieg. Bei Arbeitsunfähigkeit erhielt der Patient mindestens 50% seines Tageslohns ausgezahlt. Wenn eine stationäre

⁵⁷² Otto von Bismarck, deutscher Reichskanzler (* 01.04.1815, † 30.07.1898)

⁵⁷³ Vgl. Schoenlank, Liselotte: Das Versicherungsprinzip und das Fürsorgeprinzip in der deutschen Sozialversicherung, Berlin 1933, S. 39- 41

⁵⁷⁴ Vgl. Moissl, Norbert: Aspekte der Geburtshilfe in der Zeit des Nationalsozialismus 1933 bis 1945 am Beispiel der I. Frauenklinik der Universität München. Eine retrospektive Studie über 1.950 Geburten von 1933 bis 1945 unter besonderer Berücksichtigung der Einflüsse der nationalsozialistischen Ideologie und des Zweiten Weltkrieges, Dissertation Universität München 2005, S. 26

⁵⁷⁵ Vgl. Hähner- Rombach, Sylvelyn: Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte – Beihefte, Band 14, Stuttgart 2000, S. 55

⁵⁷⁶ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Vanja, Krankenversorgung, 2007, S. 232

⁵⁷⁷ Vgl. Brinkschulte, Krankenhaus, 1998, S. 147, 155- 156

⁵⁷⁸ Vgl. Schoenlank, Sozialversicherung, 1933, S. 43-44

Aufnahme im Krankenhaus nötig war, so betrug das Krankengeld nur 25% des Lohnes, da sich der Patient nicht selbst verpflegen musste.⁵⁷⁹ Neben der finanziellen Unterstützung lag das Hauptaugenmerk der Krankenkassen immer auf der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. So stiegen die Ausgaben der Krankenkassen für Sachleistungen besonders stark an und übertrafen sogar teilweise die Ausgaben für das Krankengeld.⁵⁸⁰ Außerdem förderten die Krankenkassen präventive Maßnahmen, um Volkskrankheiten zu bekämpfen und Unfälle zu verhindern.⁵⁸¹

Die Zahl der Versicherten stieg immer weiter, während die Anzahl der Krankenkassen abnahm. 1911 waren 10 Millionen Deutsche bei 22000 verschiedenen Kassen versichert, da jeder größere Betrieb seine eigene Versorgungskasse hatte. 1938 waren es bereits über 23 Millionen Versicherte bei 4600 Kassen. Immer mehr Krankenkassen schlossen sich zusammen.⁵⁸² Zur Erweiterung der Mitgliederzahl wurden auch Rentner und Selbstständige bis zu einer Versicherungspflichtgrenze von jährlich 6000 RM Arbeitsverdienst aufgenommen.⁵⁸³ Da sich in Deutschland die wirtschaftliche Situation besserte und weniger Erwerbslosigkeit herrschte, konnten sich immer mehr Menschen eine Krankenversicherung „leisten“. Neben den Zwangsversicherten stieg so auch die Zahl der freiwillig Versicherten an.⁵⁸⁴ Nach diesem kontinuierlichen Anstieg nahm während und nach dem Zweiten Weltkrieg die Mitgliederzahl der Krankenkassen allerdings ab. Frauen waren oftmals über ihre Ehemänner mitversichert. Da die Ausgaben die Einnahmen häufig überstiegen, entwickelten sich finanzielle Probleme bei den Krankenkassen.⁵⁸⁵

Die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin musste im Jahr 1927 durchschnittlich mit 19,90 RM pro Versicherten für Sachleistungen, Heilmittel und Medikamente aufkommen.⁵⁸⁶ Wie groß allerdings die Einnahmen waren, ist dem Artikel nicht zu entnehmen. Durch die immer größer werdende Anzahl Versicherter stieg die Anzahl der Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte und somit wurden die Ausgaben der

⁵⁷⁹ Vgl. Labisch, Alfons/ Spree, Reinhard: Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten, Frankfurt am Main/ New York 2001, S. 191-192

⁵⁸⁰ Vgl. Finkenrath, Kurt: Die obligatorische Krankenversicherung, in: DMW, 54. Jg., Heft 28 (1928), S. 1175

⁵⁸¹ Vgl. Finkenrath, Kurt: Reichstag und Krankenversicherung, in: DMW, 54. Jg., Heft 42 (1928), S. 1764

⁵⁸² Vgl. Schewe, Dieter/ Schenke, Klaus/ Meurer, Anne/ Hermsen, Karl-Werner (Hrsg.): Übersicht über die Soziale Sicherung, Bonn 1977, S. 181

⁵⁸³ Vgl. Finkenrath, Kurt: Rationalisierung der Krankenversicherung vom Standpunkt der Krankenkassen, in: DMW, 54. Jg., Heft 45 (1928), S. 1894

⁵⁸⁴ Vgl. Reckzeh, Allgemeine Ortskrankenkasse, 1928, S. 1258

⁵⁸⁵ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, XIV. Öffentliche Sozialleistungen 1885- 1955 1. Soziale Krankenversicherung

⁵⁸⁶ Vgl. Reckzeh, Allgemeine Ortskrankenkasse, 1928, S. 1258

Krankenversicherungen von Jahr zu Jahr höher. Dies zog Sparmaßnahmen, wie eine verzögerte Auszahlung des Krankengeldes, nach sich. Außerdem wurde die Obergrenze des Krankengeldes so festgelegt, dass sie sich deutlich vom Arbeitsverdienst unterschied und sich „Blaumachen“ nicht lohnte.⁵⁸⁷ Teilweise mussten sich Patienten nun auch an Medikamenten-, Arzt- und Heilmittelkosten beteiligen.⁵⁸⁸ Scheidt aus Hamburg beschrieb das Ergebnis des Sozialversicherungssystems im Jahr 1933 in der DMW. Ärzte und Patienten waren gemeinsam an der Linderung oder Heilung von den Krankheiten interessiert, standen aber den Krankenkassen gegenüber, die hauptsächlich Kosten einsparen wollten.⁵⁸⁹

In den ausgewerteten Patientenakten sind nur in ca. 20% der Fälle Angaben zu einer Kostenübernahme durch Versicherungen oder Wohlfahrtsämter gemacht worden. Dass der tatsächliche Anteil der krankenversicherten Patienten größer war und in den Krankenakten nur nicht eingetragen war, ist wahrscheinlich.

Abb. 29: Beispiel aus einer Patientenakte der Marburger Chirurgischen Klinik: Antrag auf Gewährung von Krankenhausbehandlung.⁵⁹⁰

⁵⁸⁷ Vgl. Finkenrath, DMW, 54. Jg., Heft 32 (1928), S. 1344

⁵⁸⁸ Vgl. Stier- Somlo, Fritz: Zur Frage der Umgestaltung der Krankenversicherung, in: DMW, 54. Jg., Heft 41 (1928), S. 1724

⁵⁸⁹ Vgl. Scheidt, Walter: Staatliche Gesundheitsfürsorge, in: DMW, 59. Jg., Heft 50 (1933), S. 1867

⁵⁹⁰ Identifikationsnummer 0333, Aktennummer 1940/2338

Wenn die Patienten durch ihren Hausarzt in die Klinik eingewiesen wurden, stand nur in wenigen Fällen die Gesetzliche Krankenversicherung auf dem Einweisungsschein. In anderen Akten waren Anträge zur Gewährung einer Krankenhausbehandlung vorhanden. Insgesamt waren die Angaben aber sehr lückenhaft und sind daher nur bedingt aussagekräftig. Im Jahr 1928 war in den Patientenakten nur bei 7,3% eine Krankenversicherung vermerkt, im Jahr 1940/41 bei 14,3% und 1944 bei 11%. Unter den Krankenversicherten waren 60,8% männlich.

Die Krankenhauskosten der Marburger Patienten wurden von verschiedenen Gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen.⁵⁹¹

Unter den Gesetzlich Versicherten waren Arbeiter und Handwerker, aber auch Dienstmädchen, Landwirte, Hausmeister, Verkäufer, Kaufleute, Finanzangestellte, Gärtner und Familienmitversicherte. Sie stammten hauptsächlich aus den ländlichen Gebieten um Marburg. Knapp $\frac{1}{4}$ aller krankenversicherten Patienten (bei denen das vermerkt war) gehörten der städtischen Bevölkerung an, wobei sie ja auch insgesamt nur weniger als $\frac{1}{5}$ aller chirurgischen Patienten ausmachten.

Die Ärzte waren dazu angehalten, sich ein gründliches Bild von den Patienten zu machen, besonders wenn es darum ging, eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Neben der körperlichen Untersuchung sollte eine Überprüfung des Arbeitspflichtbewusstseins vorgenommen werden.⁵⁹² Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit war selten. Trotzdem war je nach Krankenkasse die Zahl der arbeitsunfähigen Mitglieder unterschiedlich. In der ländlichen Bevölkerung lag sie mit nur 2-4% niedrig, während sie in Großstädten mit über 5% höher war.⁵⁹³

Aus der Aktenauswertung ist nicht ersichtlich, wie hoch der Anteil der Arbeitsunfähigkeit bei den Patienten der Chirurgischen Klinik nach der Entlassung war. Vielen Patienten wurde für eine gewisse Zeit nach dem stationären Aufenthalt noch Schonung auferlegt, doch die „Krankschreibung“ erfolgte durch den Hausarzt. Die Marburger Chirurgen

⁵⁹¹ In den ausgewerteten Krankenakten waren folgende Krankenversicherungen angegeben: Allgemeine Ortskrankenkasse Kreis Marburg, Stadt Marburg, Kirchhain, Mannheim, Wittgenstein und Hamburg (AOK), Kreiskrankenkasse des Kreises Frankenberg, Betriebskrankenkasse der Frank'schen Eisenwerke, Reichsbahn-Betriebskrankenkasse, Landesversicherung Hessen Nassau, Hessisch-Thüringische Knappschaft, Betriebskrankenkasse Melsungen, Landkrankenkasse Kreis Marburg, Agrippina Köln, Kreiskrankenkasse Hünfeld, Betriebskrankenkasse des Reiches, Allgemeine Betriebskrankenkasse Eisenbahn, Barmer Ersatzkasse und die Betriebskrankenkasse der Hansestadt Köln.

⁵⁹² Vgl. Weicksel, Johannes: Krankheit und Arbeitsunfähigkeit in der Sozialversicherung, Leipzig 1943, S. 17

⁵⁹³ Vgl. Ebd., S. 40

wurden jedoch auch für Gutachtertätigkeiten eingesetzt, um z.B. einen Antrag auf Arbeitsunfähigkeit auf Richtigkeit zu prüfen, wenn der Verdacht auf Betrug bestand (vgl. Kapitel 15.2).

Krankenhauskostenübernahme	1928	1940/41	1944
keine Angabe	272	249	257
Unfallversicherung	3	6	6
Gesetzliche Krankenversicherung	22	43	34
Fürsorge	3	0	3
Selbstzahler	0	2	0

Angabe in absoluten Zahlen

Tab. 14: Angaben der Kostenübernahmen des Krankenhausaufenthaltes in der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

Da in weniger als 20% der Patientenakten überhaupt Angaben zur Krankenversicherung gemacht wurden, ist die Aussagekraft sehr begrenzt. Es zeigt sich allerdings, dass als Kostenträger häufiger die Krankenkassen aufkamen als die Unfallversicherung oder Fürsorge.

11.2 Armenfürsorge

Die Zahl der von der Wohlfahrtspflege abhängigen Menschen nahm nach dem 1. Weltkrieg durch Kriegsverarmung und Inflation zu. Im Jahr 1928 gab es 1,8 Millionen Hilfsbedürftige im Deutschen Reich. Diese Zahl stieg bis 1933 auf über 4 Millionen an und sank danach wieder, hauptsächlich durch „Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen“ des NS-Regimes. 1940 gab es noch etwas über 1 Million Hilfsbedürftige, die ihren Lebensunterhalt und den ihrer Familie bedingt durch Erkrankung, hohes Lebensalter oder Arbeitslosigkeit nicht aus eigener Kraft bestreiten konnten. Verwaiste Kinder wurden ebenfalls von der Wohlfahrtsfürsorge betreut.⁵⁹⁴ Der Begriff „Wohlfahrtspflege“ entstand 1924 aus der „Armenpflege“. Die Armenfürsorge musste für Obdach, Lebensunterhalt, Krankenpflege und ein Begräbnis aufkommen. Für Schulunterricht oder eine Unterbringung von Kindern in Heimen war sie nicht zuständig. Versorgt wurden die Hilfsbedürftigen z.B. mit Suppe und Brot in speziell eingerichteten „Suppenanstalten“. Außerdem bekamen sie Bettelkarten oder zogen bis in die 30er Jahre von Tür zu Tür in

⁵⁹⁴ Vgl. Schoen, Paul: Armenfürsorge im Nationalsozialismus. Die Wohlfahrtspflege in Preußen zwischen 1933 und 1939 am Beispiel der Wirtschaftsfürsorge, Weinheim/ Basel 1985, S. 18, 29, 77, 197- 199

den Städten, um Geld einzusammeln.⁵⁹⁵ Im Nationalsozialismus sammelten die NS-Frauen Winterbekleidungen (sog. Winterhilfe), um sie der Wohlfahrtsfürsorge zu spenden, oder organisierten Nähzirkel. Ein Schwerpunkt der Wohlfahrtsfürsorge lag bei der Verhütung von Krankheiten.⁵⁹⁶ Das Ziel lag darin, durch Prävention eine bessere Volksgesundheit zu gewährleisten und bereits Erkrankte zu isolieren.⁵⁹⁷ Durch Reihenuntersuchungen wurden Kranke mit Infektionen wie Tuberkulose ermittelt. Ärzte und Fürsorgerinnen schulten sie darin, wie sie sich zu verhalten und auf Sauberkeit zu achten hatten, und überwachten diese Maßnahmen.⁵⁹⁸

Für körperlich behinderte Kinder war die Krüppelfürsorge zuständig. Träger waren vor allem die Kommunalverbände.⁵⁹⁹ Als „Krüppel“ wurden diejenigen bezeichnet, die durch ihre körperliche Behinderung so eingeschränkt waren, dass sie auf dem Arbeitsmarkt nur bedingt erwerbstätig sein konnten.⁶⁰⁰ 1906 lebten laut einer Zählung 51781 „Krüppel unter 15 Jahren“ in Preußen. Die Krüppelheime hatten die Aufgabe, die Kinder auf eine Erwerbstätigkeit vorzubereiten, um aus ihnen später Steuerzahler zu machen. Es gab auch geschlossene Heime, in denen die Kinder medizinisch versorgt und ihnen berufsbildende und pädagogische Maßnahmen geboten wurden. 1912 lebten mehr als 5000 Kinder in 53 verschiedenen Heimen.⁶⁰¹ Die typischen Krankheitsbilder dieser Kinder waren Klumpfüße, Hüftluxationen, Tuberkulose, Kinderlähmungen und Rachitis. Kinder mit diesen Erkrankungen mussten von Ärzten, Lehrern, Hebammen und Fürsorgerinnen gemeldet werden. Aber auch alle anderen deutschen Bürger konnten Kinder melden, bei denen sie eine Behinderung vermuteten. Diesen Fällen wurde dann nachgegangen.⁶⁰² Insgesamt diente die Krüppelfürsorge „der praktischen Umsetzung weltanschaulicher ebenso wie ökonomischer Konzepte“.⁶⁰³

Durch die Fortschritte in der Chirurgie und Anästhesie konnten zunehmend schwierigere oder vorher hoffnungslose Fälle operiert und geheilt werden. Rehabilitationserfolge waren bei der Hälfte der Kinder in diesen Anstalten zu verzeichnen.⁶⁰⁴ Eine weitere

⁵⁹⁵ Vgl. Ebd., S. 1, 4, 8

⁵⁹⁶ Vgl. Ebd., S. 70, 80

⁵⁹⁷ Vgl. Sachße/ Tennstedt, Armenfürsorge, 1988, S. 114, 115, 117, 119

⁵⁹⁸ Vgl. Ebd., S. 126- 127

⁵⁹⁹ Vgl. Ebd., S. 132

⁶⁰⁰ Vgl. Simon, W. V.: Die Durchführung der Krüppelfürsorge, in: KW, 3. Jg., Heft 10 (1924), S. 411

⁶⁰¹ Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S. 156-159

⁶⁰² Vgl. Simon, Krüppelfürsorge, 1924, S. 411

⁶⁰³ Vgl. Osten, Philipp: Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer „modernen Krüppelfürsorge“ 1905-1933, Frankfurt 2004, Zitat S. 49. Hier auch weiterführende Information zur Krüppelfürsorge.

⁶⁰⁴ Vgl. Sachße/ Tennstedt, Armenfürsorge, 1988, S. 132

entscheidende Aufgabe der Krüppelfürsorge war die Prophylaxe von Krankheiten. Rachitis, ein verbreitetes Krankheitsbild, war größtenteils durch die schlechten, dunklen Wohnbedingungen und mangelnde Ernährung bedingt. Daher wurden Schulspeisungen eingeführt und auch in den Kindergärten wurde auf genügend Luft und Licht geachtet.⁶⁰⁵

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurde ab 1933 die ehemals bewohnte Assistentenwohnung von Mondry in ein Beratungs- und Untersuchungszimmer für Krüppel umgewandelt. Die dorthin von Amtsärzten aus dem Regierungsbezirk Kassel überwiesenen Krüppelkinder hatten vor allem Klumpfüße, Hüftleiden oder Rückgratverkrümmungen.⁶⁰⁶ Im untersuchten Zeitraum wurden sechs Kinder und Jugendliche stationär in der Chirurgischen Klinik behandelt, für die die Krüppelfürsorge bzw. das Wohlfahrtsamt aufkam. 1928 wurde ein 12-jähriger Junge aus dem Marburger Kinderheim „Bethesda“ aufgenommen. Er litt unter einer Tuberkulose der Wirbelsäule und der Anstaltsarzt schrieb an das Wohlfahrtsamt Gießen: „Nach Rücksprache mit der hiesigen chirurgischen Klinik und nach meiner eigenen Ueberzeugung ist eine stationäre, klinische Behandlung des Jungen zur Zeit ganz dringend geboten, da sonst mit Sicherheit zu erwarten ist, daß der Junge zum Krüppel wird und der Kommune beziehungsweise der öffentlichen Wohltätigkeit zur Last fällt. Ich möchte zur Unterbringung die Chirurgische Klinik Marburg in aller erster Linie empfehlen, da sie unter der Leitung des Herrn Professor Klapp ganz besonderes Interesse u. ebenso große Erfahrung der Chirurgischen Tuberkulose entgegenbringt.“⁶⁰⁷ Das Wohlfahrtsamt genehmigte die Aufnahme des Jungen in Marburg und diesen behandelte man dort 119 Tage lang konservativ. Ebenfalls wurde ein zehn Monate alter Junge aus demselben Heim eingeliefert. Er wies beidseitige Leistenbrüche auf, die wohl schnell an Größe zunahmen. Für ihn wurde ein zügiger Aufenthalt in der Chirurgischen Klinik vom Wohlfahrtsamt organisiert, da der Junge danach in der „Privatlandpflege“ untergebracht werden sollte.⁶⁰⁸ Ein 9-jähriger Halbweise wurde wegen einer Phimose⁶⁰⁹ 1928 in der Chirurgischen Klinik therapiert. 1944 übernahm das Wohlfahrtsamt die Krankenhauskosten für einen 2-jährigen Jungen mit Syndaktylie der Finger⁶¹⁰ und eine Knieversteifungs-Operation bei

⁶⁰⁵ Vgl. Simon, Krüppelfürsorge, 1924, S. 414

⁶⁰⁶ Vgl. BA, Best. R 4901 Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Bd. 2: Der Kurator der Uni an den Herrn Reichs- und Preußischen Minister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung am 6.10.36

⁶⁰⁷ Identifikationsnummer 0057, Aktennummer 1928/69

⁶⁰⁸ Identifikationsnummer 0183, Aktennummer 1928/1642

⁶⁰⁹ Identifikationsnummer 0184, Aktennummer 1928/1643

⁶¹⁰ Identifikationsnummer 0629, Aktennummer 1944/247

Kniegelenksempyem bei einem 17-Jährigen⁶¹¹. Eine 15-jährige Schülerin saß im Zug, als dieser durch Flugzeuge bombardiert wurde. Sie wurde als Notfall in die Marburger Chirurgie eingeliefert mit dem Krankheitsbild eines Thoraxdurchschusses mit Hämatothorax und Metallsplintern im Thorax und musste sofort operiert werden.⁶¹²

Kinder aus dem Krüppelheim Bethanien in Hephata bei Treysa, das zum Hessischen Diakonissenhaus Kassel gehörte, wurden ebenfalls in der Marburger Chirurgie versorgt. Die Kinder hatten sogar eine eigene Station, die der Nervenklinik angegliedert war und von den Chirurgen mitbetreut wurde.⁶¹³ Die dazugehörigen Patientenakten sind jedoch nicht unter denen der chirurgischen Patienten aus der Chirurgischen Klinik vorhanden.

11.3 Unfallversicherungen

Die Gründung der Unfallversicherung geht auf das Jahr 1881 zurück und trat 3 Jahre später in Kraft. Sie hat den Zweck, die finanziellen Einbußen zu ersetzen, die einem Versicherten während der Zeit der Erwerbsunfähigkeit nach einem Arbeitsunfall entstehen. Wenn es zu einem tödlichen Arbeitsunfall kam, erhielten die Hinterbliebenen eine Entschädigung.⁶¹⁴ Zunächst waren wie bei den Krankenkassen nur Beschäftigte aus bestimmten Betrieben versichert.⁶¹⁵ Mit der Zeit weitete sich die Versicherungspflicht auf viele weitere Betriebe aus, und ab 1925 übernahmen sie auch Leistungen bei Unfällen, die auf dem Arbeitsweg entstanden.⁶¹⁶ Ab 1911 kam der Versicherungsschutz bei Berufskrankheiten hinzu. Bei Nachweis einer anerkannten Berufskrankheit kam die Versicherung für eine entsprechende Rente auf. Ansonsten übernahm die Unfallversicherung die Arztkosten, Krankenhausaufenthalte, Arznei- und Heilmittel und dies auch jenseits der 13 Wochen nach einem Unfall. Ebenfalls wurde ab der 14. Woche bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit eine entsprechende Rente gezahlt.⁶¹⁷ Die Zahl der Unfallversicherten wie auch die der Krankenversicherten stieg kontinuierlich an. Im Jahr 1928 waren über 26 Millionen und im Jahr 1938 schon über 33 Millionen Deutsche unfallversichert. Von den Versicherten empfangen im Jahr 1928 ca. 3,5% Rentenbezüge oder Krankengeld. Trotzdem lagen damit die Ausgaben fast so hoch wie die Einnahmen.

⁶¹¹ Identifikationsnummer 0675, Aktennummer 1944/309

⁶¹² Identifikationsnummer 0722, Aktennummer 1944/397

⁶¹³ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 59

⁶¹⁴ Vgl. Hitze/ Dieck: Die Unfallversicherung, M. Gladbach 1907, S. 21, 27

⁶¹⁵ Vgl. Schoenlank, Sozialversicherung, 1933, S. 55

⁶¹⁶ Vgl. Ebd., S. 65, 68

⁶¹⁷ Vgl. Ebd., S. 71-72

Bis 1938 stiegen die Ausgaben immer weiter an und übertrafen bei weitem die Einnahmen, obwohl nur knapp 2% der Versicherten überhaupt Leistungen bezogen.⁶¹⁸

Die Träger der Unfallversicherung waren die Berufsgenossenschaften (BG) und private Unfallversicherungen. Da die Krankenhäuser oft keine ausreichenden Nachbehandlungen nach Berufsunfällen anboten und die Patienten nach Operationen funktionell eingeschränkt waren, mussten die Berufsgenossenschaften für die daraus entstehenden Rentenzahlungen aufkommen. Um dies zu vermeiden, bauten die Berufsgenossenschaften eigene Nachbehandlungseinrichtungen oder Unfallstationen auf, in denen u.a. gymnastische Übungen stattfinden und die Unfallfolgen abgemildert werden konnten. Nach diesen Therapien waren die meisten Patienten wieder arbeitsfähig.⁶¹⁹ Zwischen 1932 und 1939 stieg die Zahl der Berufsunfälle um 70% stark an. Erklärt wurde dies durch Einführung längerer Arbeitszeiten und durch „Arbeitshetze“.⁶²⁰

Aus den untersuchten Patientenakten geht hervor, dass insgesamt 15 Patienten Arbeitsunfälle erlitten hatten. Unfallversichert waren sie bei der Hessisch-Nassauischen landwirtschaftlichen BG, der Norddeutschen Holz BG, der Tiefbau BG und der Baugewerks-BG sowie der Thuringia Unfallversicherung und der Unfallversicherung des Heeres. In der Mehrzahl der Fälle wiesen sie Frakturen (Fuß, Wirbel, Femur, Tibia, Schädelbasis) auf. Weitere Diagnosen waren Kniegelenksergüsse, Pseudarthrosen und Schleimbeutelzysten. 80% der Patienten waren Männer und wohnten hauptsächlich im Umland von Marburg. Beruflich arbeiteten sie als Handwerker, Landarbeiter oder Arbeiter. Zwei von ihnen verstarben in der Chirurgischen Klinik. Ein 68-jähriger Landarbeiter wurde mit einer Schädelbasisfraktur als Notfall eingeliefert und erlag seinen Verletzungen noch am Aufnahmetag.⁶²¹ Ein weiterer 77-jähriger Landarbeiter wurde mit einer Femurfraktur eingeliefert. Er verstarb nach 2 Tagen vermutlich an einer Embolie, wurde aber nicht obduziert.⁶²²

Die mittlere Aufenthaltsdauer der BG-Fälle war mit 43 Tagen überdurchschnittlich lang, d.h. um fast 20 Tage länger als die durchschnittliche Verweildauer. Dies mag am ehesten aber an schwereren Verletzungen gelegen haben.

⁶¹⁸ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, XIV. Öffentliche Sozialleistungen 1891- 1956 3. Invalidenversicherung

⁶¹⁹ Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S.159-160

⁶²⁰ Vgl. Schoen, Wohlfahrtspflege, 1985, S. 64

⁶²¹ Identifikationsnummer 0815, Aktennummer 1944/2758

⁶²² Identifikationsnummer 0709, Aktennummer 1944/377

11.4 Private Krankenkassen

Nach Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung entstanden auch die Privaten Krankenkassen. Zunächst gründeten bestimmte Bevölkerungsschichten wie selbständige Gewerbetreibende, die sich nicht bei der gesetzlichen Krankenkasse versichern durften, eigene privatwirtschaftliche Einrichtungen. Nach Schwierigkeiten während der Inflation kam es dann zu einem Aufschwung dieser Kassen. Es waren hauptsächlich selbständige Handwerker, Bauern und Beamte darin versichert⁶²³ und diese Krankenkassen nannten sich „Privatkrankenkasse“, „Mittelstandskrankenkasse“ oder „Mittelstandsfürsorge“.⁶²⁴ Genau wie die Gesetzliche Krankenversicherung sollten die finanziellen Ausfälle der Versicherten bei Erkrankung, Tod oder Geburt abgesichert werden.⁶²⁵

In den ausgewerteten Krankenakten war bei keinem Patienten eine private Krankenversicherung vermerkt. Wahrscheinlich wurden die Patientenakten gesondert aufbewahrt, da die Patienten auch getrennt von den gesetzlich Versicherten in Patientenzimmern oder sogar anderen Klinikgebäuden untergebracht waren.

11.5 Selbstzahler

Da in den untersuchten Jahrgängen keine Krankenversicherungspflicht bestand, gab es auch Patienten, die selbst für die entstandenen Krankenhauskosten aufkommen mussten, die sogenannten Selbstzahler. Vermerkt war dies nur bei insgesamt 2 Patientenakten, wobei der Anteil ohne Vermerk wahrscheinlich höher lag. Angegeben war dies in diesen beiden Akten nur, da eine Patientin der Klinik verwiesen wurde und die Andere eine weitere Behandlung in der Klinik ablehnte. Eine 58-jährige Frau, die 1941 wegen einer Zystitis stationär aufgenommen wurde, konsumierte während des Aufenthaltes Alkohol und musste die Klinik daraufhin nach 7 Tagen verlassen.⁶²⁶ Die andere Selbstzahlerin wurde ebenfalls im Jahr 1941 aufgenommen und war 44 Jahre alt. Sie litt an einem Abszess an der Hand, der chirurgisch eröffnet und anschließend regelmäßig in Kamillenbädern gebadet und mit Bewegungsübungen durch Krankengymnasten

⁶²³ Vgl. Tauer, Erich/ Linden, Christian: Private Krankenversicherung, Wiesbaden 1965, S. 23- 26

⁶²⁴ Vgl. Göbbels, Hans: Arzt und Private Krankenversicherung. Wesen, Geschichte und Bedeutung der deutschen privaten Krankenversicherung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt ihrer Beziehungen zum Arzt, Berlin 1940, S. 3

⁶²⁵ Vgl. Ebd., S. 6-7

⁶²⁶ Identifikationsnummer 0556, Aktennummer 1941/540

behandelt wurde. Nach 29-tägigem Krankenhausaufenthalt waren die Kosten für die Patientin zu hoch, sodass sie gegen ärztlichen Rat die Klinik verließ.⁶²⁷

12 Mortalität der Patienten der Chirurgischen Klinik

Die Mortalitätsrate in Krankenhäusern war je nach Institution unterschiedlich und sank mit dem medizinischen Fortschritt. Sie nahm von 1911 mit 6% auf durchschnittlich 4% im Jahr 1924 ab.⁶²⁸ Die Gründe des Sterblichkeitsrückganges (nicht nur im Krankenhaus) lagen unter anderem an verbesserter Hygiene und einer besseren Ernährungssituation der Bevölkerung.⁶²⁹

Arthur E. Imhof beschreibt in seinem Buch „Lebenserwartungen in Deutschland, Norwegen und Schweden im 19. und 20. Jahrhundert“, dass 40-45% der Verstorbenen im Jahr 1924 über 60 Jahre alt waren. 20% der Todesfälle waren männliche Säuglinge, die unter einem Jahr alt waren. Die weiblichen Säuglinge hatten eine geringere Sterblichkeitsrate (15,7% Anteil unter den Verstorbenen). Die Kinder verstarben hauptsächlich an typischen Säuglingskrankheiten wie gastrointestinalen Erkrankungen oder Tuberkulose. Im mittleren jugendlichen Alter von 5-29 Jahren starben verhältnismäßig wenige Menschen, meistens dann aber durch Unfälle, Pneumonien, Infektionskrankheiten oder Tuberkulose. Die Mortalität stieg im Alter von 30-59 Jahren wieder an und machte einen Anteil von über 1/5 der Verstorbenen aus. Ihre Todesursachen waren Herz-/ Kreislauferkrankungen, Krebs, Erkrankungen des Verdauungstraktes und Tuberkulose. Die über 60-jährigen verstarben am häufigsten an Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs. Im Jahr 1934 waren bereits über 50% der männlichen und knapp 60% der weiblichen Verstorbenen älter als 60 Jahre. Die Säuglingssterblichkeit ging ebenfalls deutlich zurück (um 6-8%). Die Todesursachen blieben jedoch in den jeweiligen Altersstufen grundsätzlich gleich.⁶³⁰ Allerdings stieg die Zahl der Verkehrstoten deutlich an. Im Jahr 1900 machten Unfälle nur 1,9% der Todesursachen aus, während sie bereits im Jahr 1938 auf über 4% anstiegen. Verkehrstote

⁶²⁷ Identifikationsnummer 0590, Aktennummer 1941/583

⁶²⁸ Vgl. Labisch/ Spree, Sozialgeschichte, 1996, S. 77-78

⁶²⁹ Vgl. Spree, Reinhard: Der Rückzug des Todes. Der epidemiologische Übergang in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts, Konstanz 1992, S. 46

⁶³⁰ Vgl. Imhof, 1994, S. 636- 637, 647- 648

waren vor allem junge Männer.⁶³¹ Die Haupttodesursachen von Männern im Alter von 20- 30 Jahren waren Tuberkulose, Unfälle und Suizide. Starben junge Frauen, so war dies meist auf Komplikationen bei den Geburten zurückzuführen.⁶³²

Bei der Auswertung der Patientenakten fielen Unterschiede hinsichtlich der Letalität bei denselben Erkrankungen in den verschiedenen Jahrgängen auf. 1928 verstarben drei von sechs Patienten postoperativ nach Strumektomie. 1940/41 verstarb keiner der sechs und 1944 der vier behandelten Patienten nach diesem OP-Eingriff. In der zeitgenössischen Literatur wurden die ersten zwei postoperativen Tage als die gefährlichsten eingestuft. Am Gefürchtetsten war die thyreotoxische Krise. Befand sich der Patient bereits bei der Einlieferung in dieser Krise, konnte eine Operation sogar den Tod beschleunigen. Die Operationsmortalität hing also vom Stoffwechselzustand der Schilddrüse ab.⁶³³ Ein 11-jähriges Mädchen mit einer hyperthyreoten Struma wurde z.B. 1928 in der Marburger Chirurgischen Klinik aufgenommen. Sie starb am vierten postoperativen Tag. Eine Obduktion wurde nicht durchgeführt, aber es wurde eine „Pulsbeschleunigung“ beschrieben, die die Vermutung nahelegt, dass sie an einer thyreotoxischen Krise verstorben ist.⁶³⁴ In der Zeitschrift „Der Chirurg“ aus dem Jahr 1929 wurde berichtet, dass Hyperthyreosen durch die präoperative Einnahme von Lugol'scher Jod-Jodkalilösung gebessert werden konnten. Es wurden Symptomlinderungen wie Pulsverlangsamung und Sistieren der Diarrhoen angegeben, die wiederum zu besseren Operationsbedingungen führten und somit ein Überlebensvorteil waren.⁶³⁵ Die sinkende Mortalität in den Kriegsjahren nach Strumektomie lässt auf bessere präoperative Therapieverfahren bzw. frühere OP-Indikationen deuten.

Die Pneumonie war eine sehr gefürchtete Komplikation nach Operationen. In der präantibiotischen Ära war die Sterblichkeit hoch. Durch Gabe von Chinin seit 1915 konnte sie etwas gesenkt werden. Chinin sollte bei den ersten Anzeichen einer Pneumonie intravenös verabreicht oder intramuskulär injiziert werden.⁶³⁶ In der Marburger Chirurgischen Klinik machten Pneumonien insgesamt knapp 9% der Todesursachen aus. Während des Krieges kamen Pneumonien nicht häufiger als Todesursachen vor als in

⁶³¹ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, III. Gesundheitswesen 1892- 1971 2.a) Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen Grundzahlen insgesamt

⁶³² Vgl. Prinzing: Die neue deutsche Sterbetafel, in: DMW, 54. Jg., Heft 42 (1928), S. 1763

⁶³³ Vgl. Dennig, Hyperthyreosen, 1940, S. 1275- 1276

⁶³⁴ Identifikationsnummer 0298, Aktennummer 1928/1782

⁶³⁵ Vgl. Merke, 1929, S. 153-155

⁶³⁶ Vgl. Hatzmann, Erich: Ein Beitrag zur Therapie der postoperativen Lungenkomplikationen, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 3 (1940), S. 117- 120

Friedenszeiten. Alle Patienten, die an einer postoperativen Pneumonie starben, hatten eine Äthernarkose erhalten, die das Auftreten von Pneumonien begünstigte.

Karzinomerkrankte wurden häufig in Chirurgischen Kliniken operiert. Trotz dieser Therapiemöglichkeit war die Prognose oft schlecht, und die Patienten starben nach einiger Zeit. Insgesamt machten die Karzinome in der Marburger Chirurgischen Klinik mit 17,9% die häufigste Todesursache aus. Die Patienten im Alter von 40 bis 79 Jahren starben aufgrund der konsumierenden Erkrankung. Bei der Gesamtheit der Verstorbenen in Deutschland machten Krebserkrankungen 9,8% der Todesursachen im Jahr 1928 aus. Die Zahl nahm weiter zu und lag 1938 bei 12,6% aufgrund steigender Lebenserwartung.⁶³⁷

Insgesamt verstarben 1928 7% der behandelten Patienten in der Marburger Chirurgischen Klinik. 1940/41 sank die Sterblichkeit auf 4% ab und stieg 1944 wieder auf 7,7% an. Durch bessere medizinische Bedingungen verstarben 1940/41 wohl weniger Patienten als noch 1928. Es ist vorstellbar, dass der Anstieg der Sterblichkeitsrate 1944 im Vergleich zu 1940/41 aufgrund der fortgeschrittenen Kriegsdauer und damit verbundener Versorgungsmängel (Personalmangel und –überlastung, eingeschränkte Kapazitäten durch Bombenzerstörungen) zu erklären ist. Hauptsächlich verstarben die Patienten aufgrund postoperativer Infektionen. Dies änderte sich erst grundlegend durch die Gabe von Antibiotika, die allerdings in Deutschland erst nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges zur Verfügung standen. Genaue Angaben zu den Todesursachen waren in den Akten nicht vermerkt. Teilweise waren kurz vor dem Versterben Medikamente verabreicht worden, wie z.B. kreislaufstabilisierender Kampfer. Manchmal war aber in den Akten zunächst ein komplikationsloser Verlauf durch Einträge bei den Visiten verzeichnet und der Tod wurde ohne weitere Anmerkungen eingetragen. Dieser scheint dann unerwartet eingetreten zu sein.

⁶³⁷ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, III. Gesundheitswesen 1892- 1971 2.a) Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen Grundzahlen insgesamt

Patienten	Sterblichkeit der Marburger chirurgischen Patienten (Angabe in %)		
	1928	1940/41	1944
Männer	6	4,3	6,7
Frauen	8,7	3,6	8,9
Gesamt	7	4	7,7

Tab. 15: Prozentuale Angabe von Todesfällen weiblicher und männlicher Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944

In den ausgewerteten Akten wurde dokumentiert, dass viele Patienten durch ihre schweren Krankheiten (Karzinom, perforiertes Magengeschwür, Pankreatitis, inkarzerierte Hernie, Ileus, Appendizitis) oder durch Unfälle (Schädelbasisfrakturen, Verbrennungen, innere Verletzungen) in der Chirurgischen Klinik verstarben. Des Weiteren verstarben Patienten an Komplikationen wie z.B. durch Bettlägrigkeit begünstigte Thrombosen mit Lungenembolien oder Infektionen wie Pneumonien, Meningitis oder Endokarditis.

Lungenembolien entstehen durch losgelöste Thromben aus den Beinvenen. Dies war vor allem nach dem ersten postoperativen Aufstehen oder nach dem Stuhlgang zu beobachten. Eine Lungenembolie zeigte sich klinisch in plötzlich einsetzender Atemnot und Beklemmungsgefühl im Thorax. Besonders häufig trat sie angeblich bei Hochdruckwetterlage auf.⁶³⁸ In Marburg starben laut den Aufzeichnungen insgesamt drei Patienten an einer Lungenarterienembolie. Diese trat allerdings zwischen dem 21. bis 26. Aufenthaltstag auf. Zwei Patienten wiesen eine Oberschenkelfraktur auf und der andere wurde aufgrund einer Prostatahypertrophie operiert.

Die Marburger Chirurgen Lauber und Studemeister werteten alle Patientenakten mit der Diagnose einer komplizierten Fraktur von 1928 bis 1942 aus und ermittelten eine Mortalität von insgesamt 5,7%. Meistens starben die Patienten an den Folgen von Knochen- und Weichteilschäden oder später an sekundären Ursachen wie Fettembolien, Pneumonien, Kreislaufschwäche oder Infektion.⁶³⁹

Der Altersdurchschnitt der Marburger Patienten, die in der Chirurgischen Klinik verstarben, lag bei 46,4 Jahren. Der jüngste Patient war 3 Jahre alt und starb an einer

⁶³⁸ Vgl. Sydow, W.: Postoperative Lungenembolie und Wetter, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 37 (1940), S. 1723- 1725

⁶³⁹ Vgl. Lauber/ Studemeister, Frakturen, 1950, S. 147

subduralen Blutung nach einer Schädelverletzung. Der älteste Patient war 80 Jahre alt und starb nach einer arteriellen Embolie. Die Mortalität lag bei den Frauen höher als bei den Männern. Die Patienten starben durchschnittlich nach einem Aufenthalt von 17,2 Tagen. Darunter gab es einige akut erkrankte Patienten mit Peritonitis, Hirnblutung, Pankreatitis, inkarzierten Hernien oder Ileus, die schon nach einem Tag starben. Der längste Aufenthalt eines Patienten, der nach einer Tuberkulose der Wirbelsäule verstarb, lag bei 198 Tagen. Statistisch gesehen starben mehr Patienten, wenn sie eine Operation in Lokalanästhesie (10,4%) überstanden hatten, als wenn sie in Allgemeinanästhesie mit Äther (8,4%) operiert worden waren. Zwar war eine Vollnarkose für den Kreislauf belastender, aber dafür war diese auch nur Patienten ohne schwere Vorerkrankungen bzw. mit besserem Allgemeinzustand vorbehalten. Chronisch Erkrankte oder ältere Patienten wurden vorzugsweise in Lokalanästhesie wegen weniger Nebenwirkungen operiert und hatten dennoch aufgrund der Vorerkrankungen ein erhöhtes Risiko zu versterben. Der Anteil der Patienten, die mit einem schlechteren Kräfte- und/oder Ernährungszustand aufgenommen wurden, war unter den verstorbenen Patienten höher als bei den anderen ausgewerteten Akten. Ein guter EZ bestand nur bei 26,7% dieser Patienten (zum Vergleich: 59,6% bei allen Patienten), ein ausreichender bei 37,7% (29,7% bei allen Patienten) und ein reduzierter EZ bei 35,6% (10,7% bei allen Patienten). Ähnlich sah es beim Kräftezustand aus. Die Überlebensquote war also bei Patienten in reduzierterem EZ und KZ schlechter.

12.1 Obduktionen der Verstorbenen

Anfang des 19. Jahrhunderts entstand die Pathologie als eigenständiges Fachgebiet in der Medizin. Die Krankenhäuser hatten Leichensäle, in denen die Pathologen die Sektionen durchführten. Die Aufgabe der Pathologen lag darin, die Todesursache, die Krankheitsentstehung und –entwicklung bei den Verstorbenen herauszufinden.⁶⁴⁰ Seit 1900 halfen Biochemie, Bakteriologie und Tierexperimente als Teil der Pathologie, einen noch differenzierteren Einblick in die Funktionen des menschlichen Körpers zu gewinnen.⁶⁴¹ Ludwig Aschoff, der Beratender Pathologe im Ersten Weltkrieg war, wollte dies nutzen, um möglichst viele neue Erkenntnisse in Bezug auf die Konstitution der deutschen Bevölkerung zu erlangen. Dafür sollte jeder gefallene Soldat autopsiert

⁶⁴⁰ Vgl. Schleiermacher, Sabine/ Schagen, Udo (Hrsg.): Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus, Paderborn/ München/ Wien/ Zürich 2008, S. 152

⁶⁴¹ Ebd., S. 154

werden. Dies war nur durch Sektionen direkt an der Front möglich. Aschoff wertete ungefähr 70000 Autopsieprotokolle und einige tausend Organpräparate aus und gründete eine eigene Zeitschrift über „Kriegs- und Konstitutionspathologie“. Sein Projekt wurde schließlich im Zweiten Weltkrieg weitergeführt.⁶⁴² Auf Grund des Ärztemangels waren die Pathologen im Zweiten Weltkrieg auch für gerichtsmedizinische Obduktionen zuständig.⁶⁴³ Außerdem wurde die Pathologie der Wehrmedizin unterstellt und viele Ärzte wurden in der Wehrmacht als Beratende Pathologen oder Armeepathologen eingesetzt. Im Kriegseinsatz fehlte es ihnen an Ausrüstung und Hilfskräften und sie kamen oft auf Grund der hohen Zahl der gefallenen Soldaten nicht mit der Arbeit nach.⁶⁴⁴ Im Frieden bestand die Aufgabe der Pathologien neben Obduktionen in der histologischen Untersuchung von Gewebe und Todesursachenforschung. Die großen pathologischen Institute der Universitätskliniken hatten eigene Gebäude mit einem Sektionssaal, Räume für die Leichenaufbewahrung, zum Präparieren sowie histologische Labore, eine anatomisch- pathologische Sammlung, einen Mikroskopierraum und Räume für bakteriologische Arbeiten.⁶⁴⁵

Die Marburger Pathologie war lange Zeit in einem desolaten Zustand. Sie erfuhr erst 1903 einen Aufschwung, als der bekannte Berliner Pathologe Aschoff als Ordinarius nach Marburg berufen wurde. Er fand das Pathologische Institut stark heruntergekommen und verdreckt vor und musste es zunächst tagelang säubern und aufräumen lassen. Positiv war ihm nur die vorhandene eigene Bibliothek aufgefallen.⁶⁴⁶ Das Marburger Pathologische Institut war zunächst klein, 1918 übernahm der Pathologe Max Löhlein (*03.06.1877, †27.12.1921) die Leitung. Mit ihm arbeiteten nur ein weiterer Pathologe, eine Assistentin und ein Diener in der Pathologie. Löhlein verstarb 1921 an einer Leicheninfektion und für ein Jahr übernahm Walther Berblinger (*13.07.1882, †10.04.1966) das Institut, bis 1923 Max Versé (*15.03.1877, †31.08.1947) aus Berlin berufen wurde. Er leitete das Pathologische Institut über die Kriegsjahre bis zu seinem Tode im Jahr 1947 und wurde

⁶⁴² Vgl. Krumeich, Nationalsozialismus, 2010, S. 365-368, 371

⁶⁴³ Vgl. Fischer, Hubert: Erfahrungen deutscher Pathologen im Kriege 1939- 1945, Stuttgart 1981, S. 85

⁶⁴⁴ Vgl. Ebd., S. 1, 4-5, 54

⁶⁴⁵ Vgl. Prüll, Cay- Rüdiger: Medizin am Toten oder am Lebenden? Pathologie in Berlin und in London, 1900- 1945, Basel 2003, S. 94

⁶⁴⁶ Vgl. Ludwig Aschoff. Ein Gelehrtenleben in Briefen an die Familie, Freiburg im Breisgau 1966, S. 155- 159

zwischenzeitlich zum Universitätsrektor und Dekan der Medizinischen Fakultät ernannt.⁶⁴⁷

Wenn in der Marburger Chirurgischen Klinik ein Patient verstarb, konnte eine Obduktion angeordnet werden, um die Todesursache zu bestimmen. Angehörige durften dies aber auch ablehnen. So war z.B. ein 34-jähriger Mann im Jahr 1941 nach einer Lendenwirbelfraktur querschnittsgelähmt und verstarb nach einem 10-tägigen Klinikaufenthalt. Die Angehörigen verweigerten eine Sektion und diese erfolgte daraufhin auch nicht.⁶⁴⁸

Das Pathologische Institut schickte die Ergebnisse der Sektionen an die Chirurgische Klinik, die die Befunde in die zugehörige Patientenakte hefteten. Die Befunde waren in lateinisch geschrieben.

1625 Meldung des pathologisch-anatomischen Instituts
an die Chir. Klinik, Station: 1625/28.
12.11.28.
Vor- und Zuname: [Redacted]
Pathologisch-anatomische Diagnose: Ulcus rotundum simplex veterius curvaturae
minoris ventriculi perforatum. Peritonitis fibrinopurulenta diffusa. Status post laparotomiam et conclusionem ulceris ventriculi sutura effectam. Pleuritis chronica adhaesiva. 40

Abb. 30: Beispiel aus einer Patientenakte: Sektionsbericht. Dieser Patient verstarb an einem perforierten Ulcus: (Pathologisch-anatomische Diagnose: *Ulcus rotundum simplex veterius curvaturae minoris ventriculi perforatum. Peritonitis fibrinopurulenta diffusa. Status post laparotomiam et conclusionem ulceris ventriculi sutura effectam. Pleuritis chronica adhaesiva.*)⁶⁴⁹

Aus den ausgewerteten Patientenakten ist zu entnehmen, dass im Jahr 1928 insgesamt 81% der in der Chirurgischen Klinik Verstorbenen obduziert wurden. In den untersuchten

⁶⁴⁷ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 36-39. Weitere Informationen siehe auch: Korte, Peter Hermann-Josef: Die Tätigkeit des Marburger Pathologischen Instituts unter Leonhard Jores und Walther Berblinger 1913-1918, Med. Dissertation Universität Marburg 2014; Schröder, Jochen: Die Marburger Pathologie in den Jahren 1918 bis 1921, Med. Dissertation Universität Marburg 2015

⁶⁴⁸ Identifikationsnummer 0542, Aktennummer 1941/520

⁶⁴⁹ Identifikationsnummer 0170, Aktennummer 1928/1625

Kriegsjahrgängen wurden 1940/41 noch 75%, im Jahr 1944 nur noch 43,5% der Verstorbenen obduziert. Im Krieg herrschte Ärzte- und Personalmangel. Dies war wohl der Grund dafür, weshalb in den Akten von 1940/41 und 1944 seltener Sektionen durchgeführt waren als in Friedenszeiten. In einer Patientenakte aus dem Jahr 1944 war vermerkt, dass auf Grund von Assistentenmangel keine Sektionen stattfinden konnten.⁶⁵⁰ In den untersuchten Akten war jedoch nicht immer ein Grund für eine nicht stattfindende Obduktion angegeben. Aus den Krankheitsbildern ließen sich keine Schlussfolgerungen ziehen. Teilweise wurden Patienten seziert, deren Erkrankungen (z.B. ein Karzinom) bereits hinreichend bekannt waren, andere wurden nicht obduziert, obwohl der Tod unerwartet eintrat und damit die Todesursache unklar blieb. Eine Zwangsarbeiterin, die 1944 vermutlich an einer Peritonitis starb, wurde beispielsweise nicht obduziert.⁶⁵¹ Das war ungewöhnlich, denn normalerweise wurden Patienten, die an einer Peritonitis verstarben, immer obduziert. Es lässt sich nur spekulieren, dass die Ärzte in diesem Fall nicht an der genauen Todesursache interessiert waren, keine Zeit oder kein Personal für eine Obduktion bestand.

Zu den Todesursachen der in Marburg verstorbenen chirurgischen Patienten gehörten Lungenembolien vor allem nach Frakturbehandlung, Pneumonien, Hirnblutungen, Hämatothorax, Meningitis, Endokarditis, thyreotoxische Krisen, Peritonitis, Tuberkulose, Ileus, Karzinomerkrankungen, Verbrennungen, Pankreatitis, Rückenmarkskompression und Organversagen. Manchmal wurde auch einfach nur ein „Kreislaufversagen“ bescheinigt oder die Todesursache konnte trotz Obduktion nicht festgestellt werden.

Neben den Sektionen mit genauer Untersuchung der Organe wurden auch Tierversuche mit Körpersekreten gemacht. Eine 8-jährige Patientin wurde 1940 aufgrund einer Appendizitis mit schon vorhandener Peritonitis aufgenommen und operiert. Durch Untersuchung des Aszites per Tierversuch konnte der genaue Bakterienstamm nachgewiesen werden. In diesem Fall lösten Pneumokokken die Peritonitis aus. Das Mädchen verstarb trotz Operation nach 3 Tagen.⁶⁵² Eine entsprechende antibiotische Behandlung mit einem deutlichen Überlebensvorteil war damals noch nicht verfügbar. Die Patienten, die obduziert wurden, waren zwischen 3 und 80 Jahren alt. Insgesamt war in über 80% der seziierten Verstorbenen eine Operation vorausgegangen.

⁶⁵⁰ Identifikationsnummer 0633, Aktennummer 1944/251

⁶⁵¹ Identifikationsnummer 0748, Aktennummer 1944/438

⁶⁵² Identifikationsnummer 0439, Aktennummer 1940/2469

13 Erbbiologische Aspekte

Im Nationalsozialismus spielten erbbiologische Aspekte bei bestimmten Erkrankungen eine große Rolle, um eventuell „minderwertige“ Menschen zu selektieren und einer Zwangssterilisation zuzuführen.

Im Jahr 1933 wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ beschlossen und trat 1934 in Kraft. Es besagt, dass Menschen mit „vermeintlichen“ Erbkrankheiten zu sterilisieren waren. Vor 1933 basierte die Sterilisation bei Erbkrankheiten, Epilepsie oder Geisteskrankheiten auf Freiwilligkeit, d.h. Personen mit diesen Krankheiten durften nur sterilisiert werden, wenn sie einer Operation zustimmten.⁶⁵³ Mit Verabschiedung des neuen Gesetzes 1933 bestand für die gesamte Ärzteschaft eine Anzeigepflicht von Personen, bei denen der Verdacht eines „erblichen Leidens“ nachzuweisen war. Die Anzeige wurde an das Gesundheitsamt gemeldet. Dort entschieden Amtsärzte, ob der Anzeige ein Antrag zur Zwangssterilisation folgte. Die Anzeige erstattenden Ärzte blieben anonym.⁶⁵⁴ Erbkrank waren laut Gesetz Personen, die an folgenden „Krankheiten“ litten: „angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz (Chorea Huntington), erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche Missbildung, schwerer Alkoholismus“.⁶⁵⁵ Bis auf Chorea Huntington konnte allerdings keine der Erkrankungen als Erbkrankheit erwiesen werden. Die Diagnose „angeborener Schwachsinn“ wurde z.B. ohne wissenschaftlichen Hintergrund gestellt, wenn der „Schwachsinn“ früh im Leben auftrat und auf keine „äußere Ursache“ zurückgeführt werden konnte. Daher machte die Patientengruppe mit „angeborenem Schwachsinn“ auch den größten Anteil derer aus, die zwangssterilisiert wurden.⁶⁵⁶ Schwachsinnig waren allgemein diejenigen, die in Intelligenzprüfbögen nicht das Ergebnis einer achtklassigen Volksschule erreichten.⁶⁵⁷

Nach Sterilisationsbeschluss durch das Erbgesundheitsgericht musste der Betroffene innerhalb von zwei Wochen die Sterilisation in einer Klinik durchführen lassen. Die

⁶⁵³ Vgl. Rudnick, Martin: Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur „Euthanasie“, Weinheim/ Basel 1985, S. 86-87

⁶⁵⁴ Vgl. Ley, Astrid: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele des ärztlichen Handelns 1934-1945, Frankfurt am Main/ New York 2004, S. 69-72

⁶⁵⁵ Vgl. Weindling, Paul: Entschädigung der Sterilisierungs- und „Euthanasie“-Opfer nach 1945? In: Henke, Dietmar-Klaus: Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord, Köln/ Weimar/ Wien 2008, S. 248-249

⁶⁵⁶ Rudnick, Euthanasie, 1985, S. 109

⁶⁵⁷ Vgl. Koch, Thomas: Zwangssterilisation im Dritten Reich. Das Beispiel der Universitätsfrauenklinik Göttingen, Frankfurt am Main 1994, S. 26

Kliniksärzte mussten vor der Operation durch Untersuchungen prüfen, ob der Betroffene gesundheitlich in der Lage war, die Operation zu überstehen. Wenn Zweifel bestanden, wurde durch einen Amtsarzt eine erneute Prüfung vorgenommen. Teilte er die Meinung des Kliniksarztes nicht, konnte er die Durchführung der Zwangssterilisation in einer anderen Klinik anordnen lassen.⁶⁵⁸ Die Kliniken führten diese aber ohne Widerstand durch, da sie davon wirtschaftlich profitierten und teilweise im Ansehen stiegen.⁶⁵⁹ Der Marburger Gynäkologe Naujoks (Naujoks, Hans Christian, *02.09.1892 in Jessen, †29.09.1959 in Frankfurt am Main) und der Chirurg Boeminghaus waren sogar Vorreiter bei der Entwicklung der Operationsmethoden und widmeten ihnen ein ganzes Buch.⁶⁶⁰ Sie plädierten für einen kleinstmöglichen Eingriff, da dieser teilweise gegen den Willen des Patienten geschah. Boeminghaus empfahl, die Samenleiter am Scrotum mit einem kleinen Schnitt freizulegen und nicht wie sonst bereits unterhalb des Leistenkanals. Die Samenleiter durchtrennte er, den peripheren Teil vernähte er in die Haut, den zentralen Teil ließ er frei im Scrotum liegen. Diese Technik sollte nur 2-3 Minuten je Seite dauern und erfüllte nach Auffassung von Boeminghaus alle Anforderungen (einfache Durchführung, wenig kostspielig und zuverlässig).⁶⁶¹

Die Krankenhauskosten, die durch eine Zwangssterilisation entstanden, wurden bei Versicherten von der Krankenkasse übernommen. Bei Nicht-Versicherten kam die Staatskasse sowie bei Hilfsbedürftigen der Fürsorgeverband auf. Es bestand die Meinung, dass die entstandenen Krankenhauskosten langfristig günstiger seien als die Folgekosten, die durch Verbreitung von Erbkrankheiten entstanden.⁶⁶²

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden erbbiologische Aspekte mittels Standardfragen im Anamnesebogen erfasst. Dieser wies Felder auf, in denen Angaben zu Nerven- oder Geisteskrankheiten, Missbildungen oder Alkoholismus in der Familie gemacht werden sollten. Es ist anzunehmen, dass diese Anamnesebögen in der Chirurgischen Klinik nach 1933 eingesetzt wurden. Wann genau diese eingeführt wurden, ist nicht mehr nachvollziehbar (es sind keine Chirurgischen Patientenakten zwischen

⁶⁵⁸ Vgl. Ley, Zwangssterilisation, 2004, S. 96-97

⁶⁵⁹ Vgl. Koch, Zwangssterilisation, 1994, S. 61

⁶⁶⁰ Vgl. Naujoks, Hans/ Boeminghaus, Hans: Die Technik der Sterilisierung und Kastration, Stuttgart 1934

⁶⁶¹ Vgl. Boeminghaus, Hans: Zur Technik der Sterilisation beim Mann, in DMW, 59. Jg., Heft 40 (1933), S. 1527- 1528

⁶⁶² Vgl. Rudnick, Euthanasie, 1985, S. 161

1929 bis 1939 vorhanden). 1928 wurden diese speziellen Anamnesebögen noch nicht, 1940 bei 20% aller Patienten und 1944 bei 15,7% verwendet.

A. Familien-Anamnese			
	Gesund?	Krank und woran?	Gestorben, woran, in welchem Alter?
Vater:	ja		
Mutter:	ja		
Anmerkung: Hatte die Mutter Fehlgeburten?			
Geschwister:			
Wieviele: 3			
Sonstige in der Familie lebende Verwandte: (Großeltern ...)	Hilflos und hilflos		
Blutsverwandte, kommen unter ihnen vor:			
Nerven- und Geisteskrankheiten? /			
Alkoholismus? /			
Mißbildungen? /			
Hausbewohnerschaft, Nachbarschaft, Schulen, Heimatort:			
Sind dort Infektionskrankheiten und welche? /			
Haben sich vor allem in der letzten Zeit dort Infektionskrankheiten gezeigt und welche? /			

Abb. 31: Beispiel aus einer Patientenakte: Anamnesebogen mit der Frage von erbbiologischen Aspekten⁶⁶³

Nur in einem Fall wurde überhaupt eine „Erbkrankheit“ angegeben. Alle anderen Anamnesebögen waren diesbezüglich unauffällig. Es betraf 1941 einen einjährigen Jungen, der wegen einer Leistenhernie aufgenommen wurde. Eine Tante väterlicherseits litt unter einer Geisteskrankheit. Wegen eines Schnupfens konnte der Junge schließlich nicht operiert werden und wurde nach 7 Tagen entlassen mit der Bitte zu einer Wiedervorstellung für einen erneuten Operationstermin.⁶⁶⁴ Anhand der Akte ist nicht

⁶⁶³ Identifikationsnummer 0378, Aktennummer 1940/2392

⁶⁶⁴ Identifikationsnummer 0566, Aktennummer 1941/551

ersichtlich, ob die Angabe einer Blutsverwandten mit einer „erblichen“ Erkrankung zu Konsequenzen geführt hat bzw. weiter verfolgt wurde.

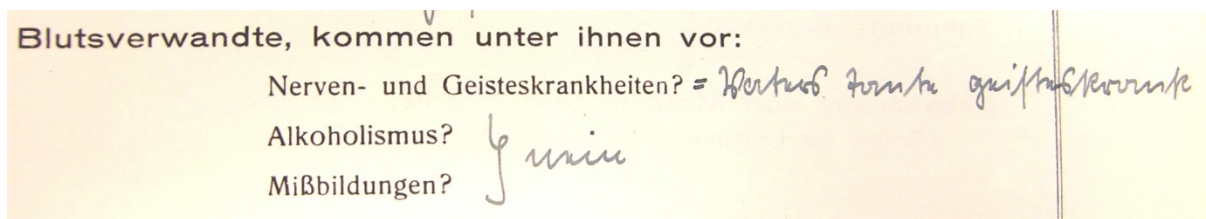


Abb. 32: Beispiel aus einer Patientenakte, in der eine „Geisteskrankheit“ bei Blutsverwandten des Patienten angegeben war. ⁶⁶⁵

Unter den ausgewerteten Krankenakten gab es ebenfalls keinen Patienten, bei dem Alkoholismus oder Missbildungen bei Familienangehörigen angegeben waren. In wieweit die Marburger Chirurgen die Fragen bzgl. der „vererbbaeren“ Krankheiten wirklich ernsthaft beantwortet haben wollten, ist aus den Akten nicht rekonstruierbar. Da diese speziellen Anamnesebögen nur bei einigen Patienten vorhanden waren, stellt sich die Frage, ob es Zufall war, wer solch einen Bogen bei der Aufnahme bekam, oder ob diese Patienten bestimmte Merkmale oder Krankheiten aufwiesen. Anhand des Krankheitsspektrums sind keine Besonderheiten zu erkennen. Auch wurden die speziellen Bögen nicht unbedingt bei Patienten, die selbst Missbildungen wie Klump-, Platt- oder Spitzfüße oder Nervenerkrankungen wie Multiple Sklerose oder progressive Muskeldystrophie aufwiesen, gehäuft verwendet. Auffällig ist, dass diese Anamnesebögen häufiger in den Akten von männlichen Patienten zu finden waren. Patientinnen machten nur einen Anteil von 28% aus. Zudem wurde dieser vor allem bei jüngeren Patienten ausgefüllt (Altersdurchschnitt 19,1 Jahre). Ob dies in Zusammenhang mit einer möglichen chirurgischen Interventionsmöglichkeit bei Männern steht, ist fraglich.

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden aufgrund des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ Männer zum Zwecke der Zwangssterilisation aufgenommen. Währenddessen erfolgte der Eingriff bei Frauen in der Marburger Frauenklinik. In der Zeit vom 25.3. bis 31.10.34 wurden in der Chirurgischen Klinik allein 100 Männer zwangssterilisiert. Meist waren es „Geisteskranke“ aus der Marburger Landesheilanstalt

⁶⁶⁵ Identifikationsnummer 0566, Aktennummer 1941/2392

und aus der psychiatrischen Klinik Haina.⁶⁶⁶ Eine genaue Zahlenangabe über Zwangssterilisationen in Marburg gibt es nicht. Allerdings wurden 289 Bestandsakten (Staatsarchiv Marburg) des ehemaligen Erbgesundheitsgerichtes in Marburg (142 Männer und 147 Frauen) von Zwangssterilisierten ausgewertet. Sie wurden in der Marburger Chirurgischen oder Frauenklinik zwischen 1934 bis 1945 zwangssterilisiert. Das Operationsverfahren bei Frauen war belastender und der Heilungsverlauf langwieriger als bei Männern.⁶⁶⁷ Männer wurden fünf bis sechs Tage stationär in der Chirurgischen Klinik behandelt. Teilweise fanden die Sterilisationen mit Rückverlegung am selben Tag in die Landesheilanstalten statt. Ab 1936 operierten die Marburger Chirurgen in eigens eingerichteten Operationsräumen in der Marburger Landesheilanstalt. Damit wurde die Konfrontation der „Geisteskranken“ zu darin im Umgang nicht geschultem chirurgischem Personal aus dem Weg gegangen.⁶⁶⁸ Nach Beginn des Krieges im September 1939 wurden Zwangssterilisationen jedoch nur noch selten durchgeführt, da die Ärzte im Krieg anderweitig benötigt wurden. An die Stelle der Zwangssterilisationen rückte ab 1939 die Euthanasie mit der „Vernichtung der Minderwertigen“.⁶⁶⁹

In den in dieser Arbeit ausgewerteten Akten fand sich nur eine einzige Sterilisationsoperation. Ob dies eine freiwillige oder unter Zwang durchgeführte war, ist der Akte nicht sicher zu entnehmen. Dies betraf 1941 einen 31-jährigen Landarbeiter, der wegen „angeborenen Schwachsinns“ vasektomiert wurde. Sein stationärer Aufenthalt betrug 5 Tage, ehe er als arbeitsunfähig entlassen wurde. Die Akte ist von Studemeister unterschrieben, aber ob er auch die Operation durchführte, ist nicht zu entnehmen. Über den Familienstand und die Operationsmethode ist nichts bekannt.⁶⁷⁰

⁶⁶⁶ Vgl. BA, Best. 49.01 Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Bd. 2, Spezialia: Marburg Universitätssachen Nr. 1973, Abt. X Nr. 2: Chirurgische Klinik 1935-1938, 16.10.34 und 8.11.34

⁶⁶⁷ Frauen wurden in den Frauenkliniken zwangssterilisiert. In Marburg waren 3 Verfahren etabliert: 1. Operation in Vollnarkose mit Bauchdeckeneröffnung und Quetschung und Unterbindung der Tuben. Die Narkose und große Wundfläche bargen hohe Risiken und die Heildauer war lang. 2. Röntgensterilisation, in dessen Folge eine Kastration mit Zerstörung der Ovarien in Kauf genommen wurde. Zudem waren Vernarbungen, Nekrosen und Verwachsungen häufige Nebenwirkungen, da das bestrahlte Gebiet großflächig war. 3. Intrauterine Radiumeinlegung mit denselben Nebenwirkungen wie bei der Röntgenbestrahlung. Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., 2001, S. 476- 481

⁶⁶⁸ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 451, 476- 477

⁶⁶⁹ Vgl. Klee, Euthanasie, 2010, S. 85- 86

⁶⁷⁰ Identifikationsnummer 0457, Aktennummer 1941/408

Frauenärzte) oder die Patienten begutachteten (Psychiater), wurden nicht als Täter eingestuft.⁶⁷³

14 Häufige und besondere chirurgische Diagnosen

In den folgenden Kapiteln werden Krankheitsbilder beschrieben, die besonders häufig in der Marburger Chirurgischen Klinik auftraten oder die Besonderheiten aufwiesen. Appendektomien und Hernien-Operationen gehörten zum Alltag der Marburger Chirurgischen Klinik und repräsentieren damit einen Großteil der dort versorgten Patienten. Die Tuberkulose war im 19. Jahrhundert ebenfalls sehr verbreitet und erfuhr von den Medizinern viel Aufmerksamkeit, da sie eine hohe Ansteckungsgefahr bot und häufig tödlich verlief. Zu den Auswertungszeitpunkten der Akten wurde viel Energie in die Forschung und Verhinderung der Tuberkuloseansteckung investiert.

Geschwüre des Magentraktes erfuhren statistisch eine Häufung während Hunger- und Stressphasen, wie sie im Krieg vorkommen. Daher ist auch hier ein Vergleich der Erkrankung in Friedens- und Kriegszeiten interessant.

14.1 Appendizitis

Die Appendizitis war eine der häufigsten Erkrankungen, die zu einer Operation in der Marburger Chirurgischen Klinik führte.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden erstmals anhand von Obduktionen Veränderungen an der Appendix beschrieben, jedoch wurden die für eine Appendizitis typischen Bauchschmerzen noch verschiedensten Bauchorganen zugeschrieben.⁶⁷⁴ Zunächst wurde versucht, die Entzündung durch Therapien mit Blutegeln, Aderlässen oder Kataplasmen zu behandeln. Fiebersenkung wurde durch Alkoholumschläge erwirkt, und eine Schmerztherapie erfolgte durch Opium. Zu einer Operation kam es nur, wenn der Abszess bereits unter der Haut sichtbar war. Ab 1848 wurde favorisiert, Abszesse frühzeitig zu inzidieren, da bei zu langem Zuwarten die Patienten häufig verstarben. Die

⁶⁷³ Vgl. Doetz, Zwangssterilisation, 2010, S. 8

⁶⁷⁴ Vgl. Hontschik, Bernd: Theorie und Praxis der Appendektomie. Eine historische, psychosoziale und klinische Studie, Frankfurt am Main 1994, S. 46, 48

Appendektomie, d.h. die komplette Entfernung des Wurmfortsatzes, wurde 1884 erstmals von dem Schweizer Chirurgen Krönlein (Krönlein, Rudolf Ulrich: *19.02.1847, †26.10.1910) durchgeführt. Seit 1889 appendektomierte man auch in Deutschland⁶⁷⁵ und es ist bis heute die einzige Möglichkeit eine Appendizitis zu behandeln.

Die Frühoperation setzte sich durch, um die Mortalität zu senken. Dadurch wurden jedoch auch Operationen durchgeführt, obwohl keine Appendizitis bestand.⁶⁷⁶ Neben der akuten gab es die chronische Appendizitis, welche erst während einer Operation diagnostiziert wurde, in der sich die Appendix makroskopisch reizlos darstellte. Sie trat häufig in Schüben auf, die Bauchschmerzen waren von unterschiedlicher Stärke und es gab zwischendurch schmerzfreie Intervalle.⁶⁷⁷

Es wurde angenommen, dass die Entstehung einer Appendizitis durch eine eiweißreiche Ernährung und Obstipation begünstigt wurde.⁶⁷⁸ Zu den typischen Symptomen gehörten Fieber, Pulsfrequenzerhöhung, extreme Schmerzhaftigkeit des rechten Unterbauches und Erbrechen. Eine perforierte Appendizitis war eine sofortige Operationsindikation, da sie sich innerhalb von wenigen Stunden zu einer lebensbedrohlichen Peritonitis entwickelte.⁶⁷⁹

Eine chronische Appendizitis sollte konservativ durch Bettruhe, Morphinum, Umschläge oder mittels Auflegens einer Eisblase therapiert werden. In manchen Fällen wurde auch Opiumtinktur in den Mastdarm injiziert. Eine Heilung trat oft schon nach wenigen Tagen ein. Falls sich die Chirurgen jedoch für eine Operation entschieden, so sollte diese möglichst nur im schmerzfreien Intervall durchgeführt werden.⁶⁸⁰

Ein Chirurg berichtete 1940, dass ebenfalls Fälle beobachtet worden seien, in denen sich die Patienten von einer akuten Appendizitis von selbst erholten. Dies sollte aber nicht abgewartet werden, da sich der Krankheitsverlauf auch schnell verschlechtern konnte und die Prognose dann schlechter war. Er warb für eine möglichst frühzeitige Appendektomie.⁶⁸¹ Außerdem kam es bei einer stattgehabten konservativ behandelten Appendizitis zu Rezidiven und musste schlussendlich doch operiert werden.⁶⁸² Bei nicht

⁶⁷⁵ Vgl. Sailer/ Gierhake, Chirurgie, 1973, S.132- 136

⁶⁷⁶ Vgl. Hontschik, Appendektomie, 1994, S. 60

⁶⁷⁷ Vgl. Ebd., S. 59

⁶⁷⁸ Vgl. Sperk, B.: Wurmfortsatz und Wurmfortsatzentzündung, in: DMW, 59. Jg., Heft 20 (1933), S. 785

⁶⁷⁹ Vgl. Leyden/ Klemperer, Deutsche Klinik, 1905, S. 129- 132

⁶⁸⁰ Vgl. Ebd., S.138- 139

⁶⁸¹ Vgl. Fischer, A. W.: Über den Entschluß zum operativen Eingriff, in: DMW, 66. Jg., Heft 13 (1940), S. 349- 350. Weiterführende Informationen zum adäquaten Zeitpunkt einer Operation bei Appendizitis in: Kallenberger, Berlin 2019, S. 184 ff

⁶⁸² Vgl. Japha, Alfred: Soll man jede Blinddarmentzündung operieren?, in: DMW, 54. Jg., Heft 20 (1928), S. 821

eindeutigen Zeichen wurde teilweise auch eine Probelaparotomie in Lokalanästhesie durchgeführt. Bestätigte sich eine Appendizitis, so ging man zur „normalen Appendektomie“ über. Die Probelaparotomie war nur ein kleiner Eingriff, während eine nicht erkannte Appendizitis tödlich endete.⁶⁸³

Nicht selten fand sich die Ursache der Appendizitis ausgelöst durch Fadenwürmer der Art Oxyuris. Diese konnten die Pathologen bei der Aufarbeitung in der Appendix nachweisen. Mit Beginn des Zweiten Weltkrieges und der dadurch bedingten vermehrt vegetarischen Kost nahm die Zahl der Oxyuristräger ab. Eine durch Oxyuris verursachte Appendizitis war meistens keine akute, sondern eine subakute oder chronische Appendizitis.⁶⁸⁴ Auch wurden als Ursache einer Entzündung des Wurmfortsatzes unterschiedlichste Dinge wie Haare, Borsten von Zahnbürsten, Fischgräten, Traubenkerne, Emaillesplitter und Bandwürmer gefunden.⁶⁸⁵ Zu einer Appendizitis konnte es ebenfalls durch ein Bauchtrauma mit Verletzung der Appendix kommen.⁶⁸⁶

Die Sterblichkeit nach einer Appendektomie wurde durch die hygienischeren Operationsbedingungen und medizinischen Fortschritte immer geringer. In einer Veröffentlichung wird von 1053 operierten Appendizitisfällen aus den Jahren 1918-1928 berichtet. Die Operation erfolgte mit Stumpfübernähung durch Tabaksbeutelnaht und anschließendem primären Verschluss der Bauchdecke. Von diesen operierten Patienten starben insgesamt 18, d.h. nur 1,7%.⁶⁸⁷

14.1.1 Behandlung von Appendizitis an der Marburger Chirurgischen Klinik

Von allen in den hier untersuchten Patientenakten vorkommenden Diagnosen trat die Appendizitis 1928 in 55 Fällen auf (18,3% aller Diagnosen). 1940/41 wurden 36 Patienten mit dem Verdacht einer Appendizitis in die Chirurgische Klinik eingeliefert, und im Jahr 1944 waren es 33 von jeweils 300 Patienten.

⁶⁸³ Vgl. Grevillius, A.: Über Appendicitis bei älteren Patienten, in: DC, 13. Jg., Heft 11 (1941), S. 348

⁶⁸⁴ Vgl. Wenig, Kurt: Über Wurmbefunde in der Appendix. Vergleichende Untersuchungen zum Einfluß der Kriegsernährung, in: DC, 13. Jg., Heft 10 (1941), S. 315- 317

⁶⁸⁵ Vgl. Richard, A.: Seltener Fund in einem Processus vermiformis, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 18 (1943), S. 637

⁶⁸⁶ Vgl. Wilhelm, Theodor: Zur Frage der traumatischen Appendicitis, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 20 (1928), S. 1229

⁶⁸⁷ Vgl. Förster, Walter: Eine Blinddarmoperationsstatistik, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 49 (1928), S. 3075-3077

In Marburg wurden insgesamt mehr Frauen als Männer (60% versus 40%) wegen einer Appendizitis in der Chirurgischen Klinik behandelt.⁶⁸⁸ Generell lag das Verhältnis spiegelbildlich, d.h. die akute Appendizitis kam häufiger bei Männern als bei Frauen vor (im Verhältnis 60% zu 40%). Die chronische Appendizitis war hingegen bei Frauen häufiger. Da diese mit zunehmenden Operationsfortschritten häufig nicht mehr konservativ, sondern operativ angegangen wurde, nahm der Frauenanteil zu.⁶⁸⁹ Eine Begründung für den höheren Frauenanteil in Marburg kann an den Kriegsjahren gelegen haben, da die Männer häufig zum Heeresdienst eingezogen und nicht vor Ort in Marburg waren.

Der Altersgipfel der Appendizitis lag bei den Patientinnen zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr und bei Patienten zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr. Ab dem 30. Lebensjahr nahm die Inzidenz deutlich ab.⁶⁹⁰ In Marburg lag das Durchschnittsalter bei 23,7 Jahren.⁶⁹¹ Auffällige Altersunterschiede zwischen Frauen und Männern gab es nicht. Nach Berichten aus der Chirurgischen Klinik in Upsala aus dem Jahr 1941 wurden nur 4,7% aller Appendektomien bei über 50-jährigen Patienten durchgeführt. Der Verlauf war bei Älteren häufig schwerwiegender.⁶⁹²

Der Ernährungszustand der Marburger Patienten mit Appendizitis war zum größten Teil gut. Er lag damit auch in jedem der untersuchten Jahrgänge höher als beim Durchschnitt aller Patienten. Da die Wurmfortsatzentzündung eine akut auftretende Erkrankung ist und sie meistens aus völligem Wohlbefinden heraus entsteht, war im Allgemeinen kein langwieriger zehrender Krankheitsprozess vorausgegangen. Außerdem waren die meisten Patienten jung und hatten generell einen besseren EZ als Ältere.

Der überwiegende Teil der Fälle wurde durch eine Einweisung vom Hausarzt in die Klinik aufgenommen. 1928 kamen nur 16,4% direkt per Notfall in die Klinik. In den Kriegsjahren waren es sogar noch weniger (1940/41: 10%, 1944: 9%). Sie wurden aber nicht häufiger operiert als Patienten, die durch den Hausarzt eingewiesen wurden. Die meisten Patienten stellten sich mit Bauchschmerzen zunächst beim Hausarzt vor, der dann nur bei dem dringenden Verdacht auf eine Appendizitis in die Klinik überwies.

⁶⁸⁸ Auch in der Marburger Dissertation von M. Kallenberger wurden bei 489 ausgewerteten Appendektomie- Patientenakten aus den Jahren 1913 bis 1918 mehr Frauen (56%) als Männer (44%) operiert. Vgl. Kallenberger, Berlin 2019, S. 229

⁶⁸⁹ Vgl. Hontschik, Appendektomie, 1994, S. 192- 194

⁶⁹⁰ Vgl. Berchthold, Rudolf: Chirurgie, München, Jena 2006, S. 843

⁶⁹¹ 72% der Marburger Appendektomierten von 1913 bis 1918 waren zwischen 10 und 30 Jahre alt. Vgl. Kallenberger, Berlin 2019, S. 230

⁶⁹² Vgl. Grevillius, DC, 13. Jg., Heft 11 (1941), S. 343

Bei jedem aufgenommenen Patienten wurde eine Anamnese erhoben und eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Teilweise zog man zur weiteren Diagnostik Blut- und Urinalysen heran. 1928 wurden noch keine standardmäßigen Blutuntersuchungen und auch Urinalysen nur bei 29,1% der Patienten durchgeführt. In den beiden späteren ausgewerteten Jahrgängen waren sie dann etabliert. 1940/41 wurde bei 58,3% der Patienten, die mit rechtsseitigen Bauchschmerzen eingeliefert wurden, eine Urinalyse und bei 52,8% eine Blutuntersuchung gemacht. 1944 war eine weitere Steigerung zu erkennen (69,7% Urin- und 57,6% Blutuntersuchungen). Von den Patienten, die mit rechtsseitigen Unterbauchschmerzen in die Klinik aufgenommen wurden, bestätigte sich eine Appendizitis bei knapp 70%. Durch Blut- und Urinuntersuchungen konnten andere Krankheitsursachen der Bauchschmerzen herausgefiltert werden. Der Marburger Chirurg Lauber beschrieb häufig auffallende Urinbefunde bei Patienten mit Appendizitis. So wurden darin Leukozyten mit Epithelien, Erythrozyten und hyaline Zylinder gefunden. Diese Befunde sprachen für parenchymatöse Schädigungen der Niere. Lag die Appendix retrozökal und damit in direkter Nachbarschaft zur Niere, konnte es zu Pyelitiden führen. Die Diagnosesicherung erfolgte schließlich mit Hilfe einer Pyelographie.⁶⁹³ Auch in den ausgewerteten Patientenakten fanden sich einige, bei denen Pyelographien vor einer Appendektomie durchgeführt wurden.

1928 wurden alle Patienten, die mit dem Anzeichen einer Appendizitis in die Marburger Klinik kamen, auch operiert. 1940/41 waren es nur 44,4% aller Verdachtsfälle (16 von 36) und 1944 66,7% (22 von 33). Es ist anzunehmen, dass in Friedenszeiten noch jeder Verdacht auf eine Appendizitis operiert wurde, weil man die hohe Letalität nach einer Peritonitis fürchtete. In Kriegszeiten konnte man wegen der geringen Kapazitäten nur die dringenden Notfälle operieren. Nach dem Stellen einer Verdachtsdiagnose wurden die Patienten weiter beobachtet. Eine Operation erfolgte nur, wenn nach Bettruhe und feuchten Bauchwickeln die Beschwerden nicht nachließen bzw. sich verschlechterten. Eindeutige Notfälle wurden immer sofort appendektomiert. Die erwähnte Probelaparotomie war in der Marburger Chirurgischen Klinik allerdings nicht die Methode der Wahl.

Appendektomien wurden in Marburg allesamt in Vollnarkose durchgeführt, also mit Äther bzw. mit Chloräthyläther. Postoperativ erfolgte die Aufarbeitung der Appendices-Präparate in der Pathologie. 1928 wurden noch 38,2% der operierten

⁶⁹³ Vgl. Lauber, Hans Joachim: Die differentialdiagnostische Bedeutung des intravenösen Pyelogramms bei dem Krankheitsbild der akuten und chronischen Appendicitis, in: ZblCh, 69. Jg., Heft 2 (1942), S. 54-56

Appendices von den Pathologen untersucht. Die Rate sank bis 1944 auf 10% ab und wird wohl dem Ärztemangel geschuldet sein, denn auch die meisten Pathologen waren zum Heeresdienst einberufen.

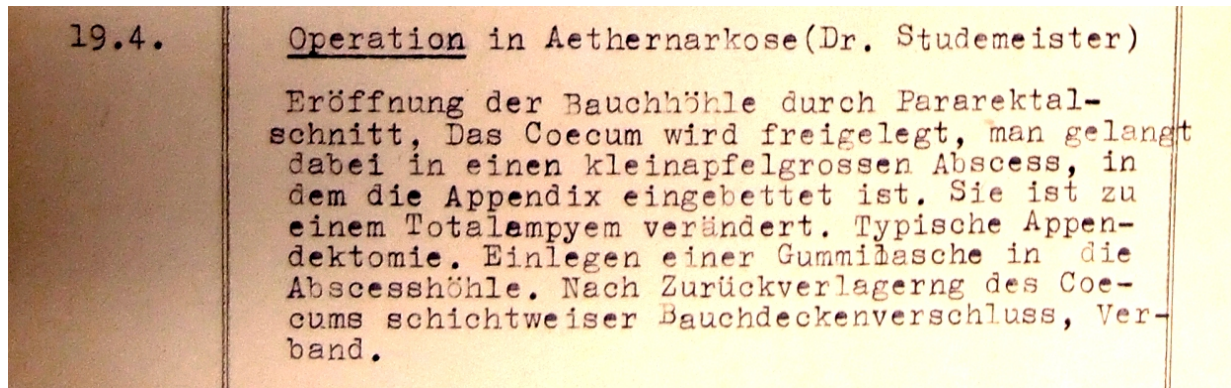


Abb. 34: Operationsbericht Appendektomie ⁶⁹⁴

Konservativ behandelte Patienten konnten durchschnittlich nach 4,5 Tagen die Marburger Klinik gebessert verlassen. Der Aufenthalt bei einer Appendizitis, die operativ behandelt wurde, lag dahingegen bei durchschnittlich 14,3 Tagen. Auch hier zeigten sich jahreszahlsspezifische Unterschiede. 1928 betrug der Aufenthalt noch knapp 15 Tage und sank 1940/41 um einen Tag. Mit Fortschreiten des Krieges verkürzte sich die Liegedauer, trotz gleichbleibender Operationstechnik, auf 10 Tage.⁶⁹⁵

Die Zahl der operativ behandelten Fälle einer Appendizitis nahm in Deutschland stetig zu, gleichzeitig nahm die Letalität ab. Im Jahr 1933 lagen die Behandlungskosten der Appendizitiden deutschlandweit bei 30 Millionen RM.⁶⁹⁶ In Marburg lag 1928 die Letalität noch bei 5,5%. Diese sank 1940/41 auf 5% ab und 1944 verstarb keiner der operierten Patienten mehr.⁶⁹⁷ Bei allen an Appendizitis Verstorbenen wurden Obduktionen durchgeführt. Der Tod trat durchschnittlich 6 Tage nach Aufnahme durch Infektionen ein.

Über 90% der Patienten wurden nach der Operation in hausärztliche Betreuung entlassen. Nur eine Patientin verließ gegen ärztlichen Rat die Klinik.

⁶⁹⁴ Identifikationsnummer 0644, Aktennummer 1944/270

⁶⁹⁵ Heutzutage liegt die mittlere Verweildauer bei Appendizitis bei 4 Tagen. Im Zeitraum von 1913 bis 1918 lag die mittlere Verweildauer noch bei 18- 25 Tagen. Vgl. Kallenberger, Berlin 2019, S. 259- 260

⁶⁹⁶ Vgl. Gundel, M.: Häufigkeit der Appendizitis, in: DMW, 59. Jg., Heft 52 (1933), S. 1941

⁶⁹⁷ Im ausgewerteten Zeitraum von 1913 bis 1918 lag die Letalität bei Appendizitis an der Marburger Chirurgischen Klinik zwischen bei 4%, Vgl. Kallenberger, Berlin 2019, S. 241

Eine laut einer Studie aus Uppsala saisonale Häufung der Appendizitis von Juli bis September⁶⁹⁸ war in den Marburger Akten nicht nachweisbar.

14.2 Hernien

Leistenbrüche waren und sind sehr verbreitet. Etwa jeder 30. Mann wies einen Bruch auf und laut einem Artikel in „Der Chirurg“ aus dem Jahr 1929 trat bei 10% der Betroffenen dadurch eine Arbeitsunfähigkeit ein. Bei etwa 14% der Frauen und 3,6% der Männer kam es außerdem zu Inkarzerationen des Bruches, so dass schnell ein lebensbedrohliches Krankheitsbild entstand.⁶⁹⁹ Leistenhernien entstehen durch eine Schwäche in der Bauchdecke bzw. im Leistenkanal. In Hungerphasen wie z.B. während des Ersten Weltkrieges war die Zahl der Leistenhernien durch Abnahme der Fettpolster, die eine stützende Funktion hatten, erhöht.⁷⁰⁰ Generell prädisponieren eine Bauchmuskelschlaffheit, ein offener Processus vaginalis peritonei, Adipositas, chronische Bronchitis und Obstipation das Entstehen einer Leistenhernie. Dies betrifft vor allem Männer, da der Samenstrang beim Durchtritt durch den Leistenkanal eine Schwachstelle ist. 1929 nahm man an, dass ein Drittel der Hernien dominant vererbt würde. Außerdem sah man eine starke Häufung der Leistenhernien bei körperlich schwer arbeitenden Menschen. Besonders gefährdet waren Straßenbauarbeiter, Maurer, Bäcker, Müller und Zimmerleute.⁷⁰¹ Eine Prädisposition für Bauchnabelhernien hatten adipöse Menschen. Auf Grund der schwachen Struktur des Bauchnabels entstand dort eine Hernie und Darmstrukturen konnten sich einklemmen.⁷⁰²

Der italienische Chirurg Edoardo Bassini entwickelte 1890 eine Operationsmethode der Hernien, die sich schließlich durchsetzte.⁷⁰³ Hielten sich die Chirurgen streng an die Originalmethode, traten Rezidive nur selten auf.⁷⁰⁴ Insgesamt wurde die Bassinimethode teilweise bis heute nur leicht abgeändert, unter anderem von dem deutschen Chirurgen

⁶⁹⁸ Vgl. Grevillius, Appendicitis, 1941, S. 342

⁶⁹⁹ Vgl. Birkenfeld, Werner: Zur Erbllichkeit der Leistenbruchanlage, in: DC, 1. Jg., Heft 3 (1929), S. 120

⁷⁰⁰ Vgl. Hamperl, H.: Über Veränderung von Krankheiten im Laufe der Zeit, in: DMW, 68. Jg., Heft 16 (1942), S. 409

⁷⁰¹ Vgl. Birkenfeld, Leistenbruchanlage, 1929, S. 121- 123

⁷⁰² Vgl. Duftschmid, Erwin: Über die Radikaloperation der Umbilicalhernien und ihre Erfolge unter besonderer Berücksichtigung der Lappenplastik nach Brenner, in: DZC, Band 210 (1928), S. 348- 353

⁷⁰³ Vgl. Sailer/Gierhake, Chirurgie, 1973, S.144- 145

⁷⁰⁴ Vgl. Gold, E.: Die Originalmethode der Bassinischen Leistenbruchoperation, in: DMW, 59. Jg., Heft 9 (1933), S. 352

Kirschner.⁷⁰⁵ Rezidive traten nur bei rund 4% der Operierten auf und das auch nur bei sehr schwer körperlich arbeitenden Personen.⁷⁰⁶ Die Operationsmethode konnte sogar in Lokalanästhesie durchgeführt werden, wovon alte und adipöse Patienten aufgrund der erhöhten Gefahren bei einer Vollnarkose profitierten.⁷⁰⁷ Bassini beschrieb die Leistengegend als schlechten Ausgangspunkt für eine gute Wundheilung, weswegen eine Antisepsis besonders wichtig war. Durch seine Operationsmethode wurde eine neue, starke hintere Wand des Leistenkanals durch Muskelgewebe gebildet, die dem Druck der Eingeweide standhalten sollte. Durchschnittlich lagen die Patienten 9-16 Tage bei guter Heilung im Krankenhaus.⁷⁰⁸

Zur konservativen Therapie gab es spezielle Bruchbänder, die für jeden Patienten individuell angefertigt wurden. Hierfür wurde eine Pelotte hergestellt, die durch einen Gurt, der um den Körper ging, gehalten wurde und den Bruchinhalt zurückdrängte. Eine Heilung konnte dadurch nicht erzielt, nur eine weitere Größenzunahme verhindert werden und eine Schmerzlinderung erfolgen.⁷⁰⁹ Eine Einklemmung konnte durch das Bruchband nicht abgewendet werden, und das Tragen war häufig unangenehm. Angewandt wurde es daher vorwiegend nur bei nicht operablen Patienten.⁷¹⁰

14.2.1 Behandlung von Hernien an der Marburger Chirurgischen Klinik

Bei der Auswertung der Marburger Patientenakten bestätigte sich, dass Leistenhernien vor allem bei Männern und bei körperlich Arbeitenden (hier vor allem Handwerker, Landarbeiter und Arbeiter) vermehrt vorkamen. Insgesamt wurden 70 Patienten in der Marburger Chirurgischen Klinik behandelt, darunter nur 20 Patientinnen. Die Frauen wiesen durch ihre anatomischen Merkmale vor allem Schenkelhernien auf. Bauchnarben- oder Bauchnabelhernien traten geschlechtsunabhängig auf.

Sie konnten sowohl angeboren als auch erworben sein. Daher war die Altersspanne der behandelten Patienten sehr groß. Das Altersspektrum lag zwischen 10 Monaten und 80 Jahren. In den Kriegsjahren stieg der Altersdurchschnitt im Vergleich zu 1928 an. 1944 waren 72,2% der Behandelten älter als 50 Jahre, 1928 waren 73,1% der Behandelten

⁷⁰⁵ Vgl. Kirschner: Eine in etwa 4500 Fällen verwendete Abart der Bassinischen Leistenbruchoperation, in: DMW, 59. Jg., Heft 40 (1933), S. 1556

⁷⁰⁶ Vgl. Bessin, A.: Bassinische Leistenbruchoperation in der Modifikation nach Kirschner, in: DMW, 59. Jg., Heft 40 (1933), S. 1556

⁷⁰⁷ Vgl. Duftschmid, DZC, Band 210 (1928), S. 348- 353

⁷⁰⁸ Vgl. Thorwald, Jürgen: Die Geschichte der Chirurgie, Stuttgart 1965, S. 332-337

⁷⁰⁹ Vgl. Schanz, A.: Über Bruchbänder und Leibbinden, in: DC, 1. Jg., Heft 13 (1929), S. 594- 597

⁷¹⁰ Vgl. Sauerbruch/ Schmieden, Operationslehre, 1933, S. 2

hingegen jünger als 50 Jahre. Womöglich lag dies daran, dass während des Krieges die jüngeren Menschen zum Heeresdienst eingezogen waren und die Älteren die schweren Arbeiten übernehmen mussten. Generell nahm die Häufigkeit der Hernienbehandlung in Marburg während des Krieges um 1/3 ab. Wegen einer Einklemmungsgefahr des Bruchsackes bestand bei jeder Hernie eine Operationsindikation. Bei Bettenknappheit und dringlicheren Operationsindikationen wurden Hernienbehandlungen aber wohl hinten angestellt. Inkarzerierte Hernien mussten hingegen sofort operiert werden. In den ausgewerteten Patientenakten war nur eine Schenkelhernie im Jahr 1944 bei einer 62-jährigen Frau als inkarzeriert angegeben. Sie wurde von ihrem Hausarzt in die Klinik eingewiesen und erreichte diese bereits in schlechtem Allgemeinzustand. Trotz sofortiger Operation in Lokalanästhesie ist sie nach einem Tag an einer Peritonitis verstorben.⁷¹¹

Zur Diagnostik einer Hernie reichte eine körperliche Untersuchung, so dass Blutuntersuchungen eigentlich überflüssig waren und auch nur bei 4,3% durchgeführt wurden. Eine Urin-Untersuchung erfolgte hingegen bei fast jedem zweiten Patienten (1928: 38,5%; 1940/41: 48%; 1944: 50%).

Die Aufenthaltsdauer der Marburger Fälle mit Hernien unterschied sich nicht wesentlich in den drei ausgewerteten Jahren. Durchschnittlich lag sie bei diesem Patientenkontingent bei 15,5 Tagen.

Von den in der Chirurgischen Klinik behandelten Hernien wurden mehr als 90% operiert. Der Anteil der Operierten schwankte zwischen 96,2% im Jahr 1928, 80% im Jahr 1940/41 und 100% im Jahr 1944. Die Operation war meistens kein Notfall. So ist auch aus Akten zu entnehmen, dass Patienten z.B. mit Schnupfen wieder nach Hause geschickt wurden, um diesen zunächst auszukurieren und sich zu einem späteren Zeitpunkt wieder vorzustellen. Eine rein konservative Methode mit einem Bruchband wurde bei einem polnischen Zwangsarbeiter angewandt, da er angeblich keine dauerhaften Schmerzen aufwies (vgl. Kapitel 17.1).

Die Operationen wurden in 55,6% der Fälle in Lokalanästhesie durchgeführt und der Rest in Allgemeinnarkose mit Äther oder Chloräthyl-Äther. Eine Lokalanästhesie beeinträchtigt nicht den Kreislauf des Patienten und war ein Vorteil.

⁷¹¹ Identifikationsnummer 0754, Aktennummer 1944/2611

14.3 Tuberkulose

Die Tuberkulose (Tbc) wird durch Tuberkelbazillen hervorgerufen und ist seit dem Altertum als Schwindsucht bekannt. 1882 wurden die Tuberkelbazillen von Robert Koch entdeckt.⁷¹²

Nach einem meist unauffälligen Verlauf der Primärinfektion war der spätere Verlauf bei Sekundärinfektion häufig schwerwiegend und progredient.⁷¹³

1938 litt knapp 0,1% der gesamten deutschen Bevölkerung an Tuberkulose. Während des Zweiten Weltkrieges verdoppelte sich aufgrund schlechterer Ernährungslage die Anzahl der Tuberkulösen.⁷¹⁴ Bereits seit 1923 bestand eine Meldepflicht für Tuberkulöse.⁷¹⁵ Die Anzeigen konnten von Ärzten, Pflegern, Vermietern oder Leichenschauern bei der Ortspolizeibehörde gemacht werden, die unter anderem für eine Desinfektion der betroffenen Wohnungen zu sorgen hatte.⁷¹⁶ Die Kommunen richteten Tuberkulosefürsorgestellen ein, und zur Erfassung von Tuberkulösen wurden Reihenuntersuchungen mit Thoraxröntgenbildern gemacht. Bei Tuberkulosenachweis wurden die Patienten isoliert und hinsichtlich Verhaltensweisen angeleitet (z.B. nicht auf den Boden zu spucken).⁷¹⁷ Die Sozialversicherungsträger wollten nach Tbc-Erkrankung eine baldige Arbeitsfähigkeit erreichen und richteten oft eigene Heilanstalten ein, in denen Erkrankten körperliche und diätetische Therapien zuteil wurden.⁷¹⁸ Die sich zunehmend verschlechternde finanzielle Situation der Krankenkassen in den 1930er Jahren führte zu massiven Einschnitten in der Versorgung der Tuberkulösen. In den Tuberkuloseanstalten wurden nur noch besonders schwer Erkrankte behandelt und Patienten im Frühstadium erhielten keine Kuren mehr.⁷¹⁹ Dennoch wurde 1938 ein Gesetz zur Zwangsasylierung von Offentuberkulösen erlassen, um diese auch gegen ihren Willen in Heilstätten behandeln zu können.⁷²⁰ Die Situation verschärfte sich weiter. Während des Zweiten Weltkrieges waren die Betten in den Tuberkuloseheilanstalten überfüllt und die

⁷¹² Vgl. Ascher, L.: Direkte oder indirekte Tuberkulosebekämpfung, in DMW, 54. Jahrgang Nr. 21 (1928), S. 883

⁷¹³ Vgl. Cutschmann, W.: Über den Beginn der Lungentuberkulose, in DMW, 59. Jg., Heft 29 (1933), S. 1127- 1128

⁷¹⁴ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, III. Gesundheitswesen 1914- 1971 1.a) Erkrankungen an ausgewählten meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten Grundzahlen

⁷¹⁵ Vgl. Helm: Organisation der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland, in: DMW, 54. Jg., Heft 21 (1928), S. 880

⁷¹⁶ Vgl. Hähner- Rombach, Tuberkulose, 2000, S. 88

⁷¹⁷ Vgl. Sachße/ Tennstedt, Armenfürsorge, 1988, S. 126- 127

⁷¹⁸ Vgl. Helm, Tuberkulosebekämpfung, 1928, S. 881- 882

⁷¹⁹ Vgl. Brieger, Ernst: Zur Krise des Heilverfahrens bei Tuberkulose, in: DMW, 59. Jg., Heft 22 (1933), S. 854- 856

⁷²⁰ Vgl. Hähner- Rombach, Tuberkulose, 2000, S. 131

Patienten mussten 3-4 Monate warten, bis sie dort aufgenommen werden konnten. In der Wartezeit verschlechterte sich oftmals das Krankheitsbild weiter. Dokumentiert wurde dies in regelmäßigen Kontrollröntgenaufnahmen.⁷²¹

Häufig wurde durch Röntgenreihenuntersuchungen die Diagnose Tbc gestellt. Zur Kriegspropaganda wurden Studien vorgelegt, die keinen Anstieg der Tbc während des Zweiten Weltkrieges zeigten. Der Breslauer Arzt Büttner führte eine Studie mit 33000 Teilnehmern aus allen Schichten durch. Zwangsarbeiter waren ebenfalls darunter. Sie erkrankten, mit Ausnahme der Russen, laut dieser Studie nicht häufiger.⁷²²

In zeitgenössischer Literatur ging man von Zusammenhängen zwischen der Tbc und bestimmten Berufen aus. Zu den tuberkulosefördernden Bedingungen gehörten körperliche schwere Arbeit, Frischluftmangel, starke Temperaturschwankungen während des Arbeitens und hohe Staubbelastung. Daher waren vor allem Arbeiter, die mit Steinen, Papier, Textilwaren, Holz, Glas und Porzellan zu tun hatten, gefährdet.⁷²³

Im Zweiten Weltkrieg erhielten die Erkrankten teilweise Lebensmittelzulagen wie Brot, Zucker, Milch, Butter und Fleisch. Jedoch durften diese von Ärzten nur beantragt werden, wenn die Patienten eine offene Tbc mit guten Heilungschancen oder eine geschlossene Tbc mit Verschlechterungsgefahr aufwiesen. Personen mit inaktiver oder Unheilbare mit offener Tbc bekamen hingegen keine Zulagen.⁷²⁴

Diagnostiziert wurde die Tuberkulose durch Röntgen- und Sputumuntersuchungen. Beim Nachweis von Bakterien im Sputum handelt es sich um eine offene Tbc.⁷²⁵ Diese hatte von vornherein eine schlechtere Prognose und verlief in der Mehrzahl der Fälle letal. Daher war eine Früherkennung wichtig, um überhaupt eine Besserung erzielen zu können. Auf Röntgenaufnahmen war jedoch nicht jeder Lungenprozess nachweisbar. Bei nur kleinsten Veränderungen erfolgten Nachkontrollen, um nicht eine aktive Tbc zu übersehen. Vermehrter Auswurf und eine erhöhte Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit waren ebenfalls meist ein guter Parameter für einen aktiven Lungenprozess. Temperatur, Puls, Blutbild, Auskultation und Perkussion waren meistens unspezifisch. Die Anamnese, das Auftreten von Tuberkulosefällen in der Familie und der Ernährungs- und Kräftezustand des Patienten spielten hingegen eine

⁷²¹ Vgl. Ickert: Die Betreuung der Tuberkulösen während der Wartezeit bis zur Einberufung in die Heilstätte, in: DMW, 68. Jg., Heft 23 (1942), S. 590- 591

⁷²² Vgl. Büttner, Röntgenreihenuntersuchungen, 1944, S. 314- 315

⁷²³ Vgl. Hähner- Rombach, Tuberkulose, 2000, S. 39

⁷²⁴ Vgl. Griesbach, R.: Ernährungszulage bei Tuberkulose im Kriege, in: DMW, 68. Jg., Heft 5 (1942), S. 119- 120

⁷²⁵ Vgl. DMW, 54. Jahrgang Nr. 13, 30. März 1928, Tuberkulose- Merkblatt, Arbeitsgemeinschaft für die Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin, S. 529

große Rolle.⁷²⁶ Im Jahr 1942 wurde über die Stuhluntersuchung bei Tuberkulose in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ berichtet. Der Nachweis von Bazillen im Stuhl konnte eine offene oder geschlossene Lungentuberkulose nachweisen, auch bei negativem Sputumbefund. So konnten selbst Anfangsstadien einer offenen Tbc oder eine Darmtuberkulose nachgewiesen werden.⁷²⁷

In Tierversuchen wurden verschiedene Substanzen ausprobiert, die die Tuberkulose heilen sollten. Die Behandlung mit Goldpräparaten oder Metallsalzen zeigten bei Tierversuchen gute Wirkung, aber bei Menschen nicht.⁷²⁸ Auch wurden Impfungen zum Schutz vor Tuberkulose entwickelt. Eine künstliche Immunität sollte durch Verabreichung von nicht pathogenen Tuberkelbazillen induziert werden. Andere Forscher wollten eine natürliche Immunität erreichen und verabreichten nur sehr gering virulente Tuberkelbazillen.⁷²⁹ Hierdurch konnte bei ungünstigen Bedingungen jedoch auch eine Tbc-Erkrankung ausgelöst werden. Gänzlich ungefährlich war die Immunisierung durch hitzeabgetötete Keime, aber sie führte nicht zu ausreichendem Schutz. Aufgrund der unbefriedigenden Impfergebnisse setzte sich diese erst viel später durch.⁷³⁰

Eine Heilung von Knochentuberkulose war auch durch Röntgenbestrahlung in einigen Fällen möglich. Diese Therapiemethode zog sich allerdings häufig über mehrere Jahre hin. Versuche mit dem Einbringen eines Metall-Magnesium-Mangan-Gemischs in den kranken Knochen zeigten Erfolge wie ein Rückgang des Fiebers, der Schmerzen und führte zu Rekalzifizierung des Knochens und einer Gewichtszunahme. Dennoch setzte sich diese Methode nicht durch.⁷³¹ Bei einer Wirbelkörpertuberkulose, die das Rückenmark komprimierte und damit eine Querschnittslähmung verursachen konnte, wurde zur Vermeidung der Entwicklung von Dekubitaldruckstellen eine Beckenschwebelagerung des Patienten durchgeführt.⁷³²

Die Standardtherapie der Tuberkulose, vor allem die der Knochentuberkulose, war jedoch eine radikale Operation. Erst ab den 1920er Jahren betrachtete man diese Operationen

⁷²⁶ Vgl. Schultz, Werner: Aktivitätszeichen bei Lungentuberkulose in: DMW, 68. Jg., Heft 10 (1942), S. 241- 24

⁷²⁷ Vgl. Wolf, J. E.: Über den klinischen Wert des Stuhlnachweises von Tuberkelbazillen im Verlaufe der Lungentuberkulose, in: DMW, 68. Jg., Heft 26 (1942), S. 653- 657

⁷²⁸ Vgl. Schnitzer, R.: Chemotherapie, in: DMW, 54. Jg., Heft 21 (1928), S. 878

⁷²⁹ Vgl. Arima, R.: Wesen und Bedeutung des Tuberkulosevakzins AO, in: DMW, 59. Jg., Heft 30 (1933), S. 1167- 1168

⁷³⁰ Vgl. Petroff, S.A.: Gegen die Tuberkulose-Schutzimpfung, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung, Volume 77 (1931), S. 176-180

⁷³¹ Vgl. Koleszár, L.: Meine mit Metall-Magnesium bzw. Magnesium-Mangan erzielten Heilerfolge in der Behandlung der Gelenk- und Knochentuberkulose, in: ZblCh, Heft (1943), S. 108, 115

⁷³² Vgl. Klapp, Beckenschwebelagerung, 1943, S. 314

kritischer. Nun spielten bei der Entscheidung zum operativen Eingriff funktionelle und soziale Gründe der Patienten sowie ihr Wohlbefinden eine große Rolle. August Bier bevorzugte generell eher die konservative Therapie, nur bei der Gefahr einer durch Tuberkulose entstehenden Sepsis sah er die Indikation für einen operativen Eingriff. Ein Vorteil der chirurgischen Therapie war, dass sie meistens eine kürzere Behandlungsdauer nach sich zog und die Patienten bei den sich anschließenden gymnastischen Übungen aktiv mithelfen konnten.⁷³³ Konservativ wurde mit Licht-, Luft- und Sonnenbädern und gesunder Ernährung behandelt. Teilweise wurde auch eine Röntgenbestrahlung vorgenommen, die tuberkulöses Granulationsgewebe vernarbte und somit die Tbc zum Stillstand bringen konnte. Bei der Knochentuberkulose wurde die entsprechende Körperregion außerdem durch einen Gipsverband ruhiggestellt.⁷³⁴ Die Sonnenbestrahlung als Therapie bei Tbc war seit 1886 anerkannt und deswegen lagen die Heilstätten auch meistens in sonnigen Gebieten und aufgrund der besonderen Luftqualität in Höhenlagen.⁷³⁵ Insgesamt waren ambulante Behandlungen für die Krankenkassen günstiger als ein stationärer Aufenthalt bei einer Operation.⁷³⁶

Die Prognose der Heilung hing von vielen Faktoren ab, wesentlich aber vom Krankheitsstadium. Im Stadium 1 verstarben nur 0,9- 7,1% (je nach Quelle) und im Stadium 3 waren es 48-51%. Daneben hatte eine geschlossene Tuberkulose eine bessere Prognose als die offene oder eine mit Kavernenbildung. Das Körpergewicht ließ keine Aussage in Bezug auf die Heilungschancen zu. Einen besonders progredienten Verlauf hatten jugendliche Mädchen, während im Alter gute Aussichten auf eine Heilung bestanden. Außerdem spielten äußere Einflüsse wie die Umwelt oder das Berufsfeld eine gewisse Rolle. Hygienische Wohnverhältnisse und eine tuberkulosefreie Umgebung führten selten zu Neuansteckungen. Schwere körperliche Arbeit im Beruf und dazu noch lungenschädigende Stäube beeinflussten den Krankheitsverlauf negativ.⁷³⁷

Während des Zweiten Weltkrieges änderte sich das Krankheitsbild der Tbc. In der Zivilbevölkerung gab es immer mehr Fälle von Miliartuberkulose oder Meningitis tuberculosa und im Kriegsheer starben viele nach postprimärer Tuberkulose durch

⁷³³ Vgl. Oborniedermayr, A.: Zur Frage der Behandlung der sog. Chirurgischen Tuberkulose unter besonderer Berücksichtigung der im Röntgenbild nachweisbaren Veränderungen, in: DZC, Band 207 (1928), S. 22- 27

⁷³⁴ Vgl. Wynen, Walter: Röntgenbestrahlung der Gelenktuberkulose durch den Gipsverband, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 2 (1928), S. 68

⁷³⁵ Vgl. Brunn, Kriegschirurgischer Ratgeber, 1948, S. 73

⁷³⁶ Vgl. Breger, Johannes: Arbeiten und Veröffentlichungen der Hygieneorganisation des Völkerbundes, in: DMW, 59. Jg., Heft 52 (1933), S. 1932

⁷³⁷ Vgl. Alexander, Hanns: Die Prognose der Lungentuberkulose, in: DMW, 66. Jg., Heft 41 (1940), S. 1129- 1132

Frühgeneralisierung. Durch den nahen Kontakt der Soldaten untereinander steckten sich viele gegenseitig an und durch die schwächeren Abwehrkräfte der beanspruchten Soldaten war die Letalität bereits bei der Primärinfektion erhöht.⁷³⁸

Da es bis Anfang des 20. Jahrhunderts noch keine Antibiotikatherapie gab, war die Sterblichkeit an dieser sehr verbreiteten Erkrankung hoch. Zwischen Erstem und Zweitem Weltkrieg waren die Tbc-Fälle rückläufig und stiegen dann wieder an.⁷³⁹ Die an Tbc Verstorbenen machten 1900 einen Anteil von 10,2% der insgesamt Verstorbenen im Deutschen Reich aus, er war in der Zwischenkriegszeit rückläufig (1928 7,5% und 1938 5,3%).⁷⁴⁰

14.3.1 Behandlung von Tuberkuloseerkrankungen an der Marburger Chirurgischen Klinik

Die Marburger Tuberkulosefürsorgestelle war an die Medizinische Poliklinik angegliedert und deren Direktor hatte die ärztliche Verantwortung. Der gesetzliche Träger war das Gesundheitsamt. Sie war Beratungsstelle und führte Erstuntersuchungen durch. Diese nahmen ab 1930 stetig zu, 1937 musste die Beratungsstelle von zwei auf fünf Räume vergrößert werden. Da die Universitätsklinik die Kosten übernehmen musste, nicht von den Patienten profitierte und die Klinik sowieso schon überfüllt war, wollte man sich 1943 von der Tuberkulosefürsorgestelle lösen. Auf Grund des Krieges wurde davon allerdings abgesehen.⁷⁴¹ Neben Beratungen und Untersuchungen versorgten die Mitarbeiter der Tuberkulosefürsorgestelle auch die Erkrankten mit Milch und Lebertran. Außerdem sollten sie der Verbreitung der Tbc bzw. Reinfektion entgegenwirken, indem sie Desinfektionsmittel und Spuckflaschen verteilten. Erst durch gute Zusammenarbeit der Fürsorge mit den niedergelassenen Ärzten konnte eine Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit erreicht werden. Vor 1925 lag die Letalität in Marburg höher als im übrigen Preußen.⁷⁴²

⁷³⁸ Vgl. Staemmler, M.: Hat sich das anatomische Bild der Tuberkulose im Kriege gewandelt?, in: DMW, 70. Jg., Heft 33/34 (1944), S. 470- 473

⁷³⁹ Vgl. Sachße/ Tennstedt, Armenfürsorge, 1988, S. 126. 1901-1905 starben von 10000 Einwohnern 20,7 an Tuberkulose. Von 1924-1927 waren es nur noch 10,5.

⁷⁴⁰ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, III. Gesundheitswesen 1892- 1971 2.a) Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen Grundzahlen

⁷⁴¹ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 434-436, 440-442

⁷⁴² Vgl. Krähwinkel, Universitätsmedizin, 2004, S.150, 180, 217

In den Aufnahmebögen der Chirurgischen Klinik wurde häufig nach dem Vorkommen von Infektionskrankheiten wie Tbc in der Familie, bei Nachbarn oder in Schulen gefragt. Dies zeigt, dass diese Erkrankung einen besonderen Stellenwert hatte.

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden im Auswertungszeitraum insgesamt 18 Patienten mit Tuberkulose behandelt (2% aller Patienten). 1928 und 1940/41 waren es jeweils 5 Patienten und 1944 8 Patienten. Die Altersspanne lag zwischen 16 und 40 Jahren, 3/4 waren männlich. Die geringe Zahl lässt sich durch das Vorhandensein einer Heilanstalt für Tuberkulose erklären.

Generell ist festzustellen, dass Patienten mit Tuberkuloseerkrankung schlechtere Kraft- und Ernährungszustände bei Klinikaufnahme aufwiesen als das Gesamtpatientengut.

Die meisten der Tbc-Patienten stammten aus Biedenkopf und den umliegenden Landkreisen von Marburg. Zwei Patienten kamen aus Jena und Lüdenscheid. Sie wurden aufgrund ihrer Erkrankung im Tbc-Sanatorium Sonnenblick⁷⁴³ in Marburg behandelt. Nach Verschlechterung des Krankheitszustandes mussten sie in die Marburger Chirurgische Klinik aufgenommen und behandelt werden. Auch wurde ein 19-jähriger Ostarbeiter, der bei den Buderus Eisenwerken beschäftigt war, im Jahr 1944 wegen Nierentuberkulose chirurgisch in Marburg behandelt. Insgesamt zeigte sich bei der Auswertung der Akten, dass die Tbc-Erkrankten hauptsächlich aus der ländlichen Umgebung stammten.

⁷⁴³ Auf einen um 1898 gemachten Vorschlag von Emil von Behring geht die Errichtung eines Tbc-Sanatoriums zurück. Vorbereitungsarbeit leisteten Ärzte der Universität Marburg. Baubeginn war 1930 in der Wirtschaftskrise durch das Reichsbauamt. Betreiber war die Versicherungsanstalt der preußischen Provinz Hessen-Nassau. (<https://www.das-marburger.de/2016/09/das-alte-klinikgebäude-sonnenblick-wurde-beseitigt-marburg-hat-ein-wichtiges-baudenkmal-verloren/>). Das alte Klinikgebäude Sonnenblick wurde beseitigt – Marburg hat wichtiges Baudenkmal verloren. Stand 07.05.2020). 1932 wurde das Sanatorium Sonnenblick als Tuberkuloseheilstätte in Marburg eröffnet. Es umfasste jeweils 50 Betten für Frauen und Männer. Als Besonderheit stach die enge Anbindung an die Marburger Universitätskliniken hervor. (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Hessen/DE/ueber-uns/Unternehmensprofil/Geschichte/chronik_rehabilitation.html;jsessionid=0C5230693DD9BD3B42E4231EB5E1D0A3.delivery1-3-replication, Chronik: Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung in Hessen, Stand 07.05.2020).

Herkunftsorte	1928	1940/41	1944
Marburg	0	1	2
Marburg- Biedenkopf	3	2	2
Marburg umliegende Landkreise	2	2	1
Ausland	0	0	1
übriges Deutschland	0	0	2

Angabe in absoluten Zahlen

Tab. 16: Herkunftsorte der Tuberkulosekranken, die in den Jahre 1928, 1940/41 und 1944 in der Marburger Chirurgischen Klinik behandelt wurden

Alle Patienten wurden durch einen niedergelassenen Arzt in die Marburger Klinik eingewiesen. Sie waren beschäftigt als Arbeiter, Handwerker, Landarbeiter, Schüler, Finanzangestellte und Friseur.

Zur Diagnosesicherung der Tbc wurden in Marburg keine Stuhl-, aber Blutuntersuchungen durchgeführt. 1928 gehörte dies nicht zum Standard, aber 1940/41 erhielten 40% und 1944 50% der tuberkulösen Patienten eine Blutabnahme. Die häufigsten diagnostischen Methoden, um eine offene oder aktive Tuberkulose festzustellen, waren Sputumuntersuchungen und Röntgenbilder. Insgesamt wurden bei über der Hälfte der Patienten Sputumuntersuchungen gemacht. Auffällig ist, dass Röntgenaufnahmen der befallenen Organe 1928 viel häufiger angefertigt wurden als zu Kriegszeiten. Zu erklären ist dies am ehesten durch Kosteneinsparung und weniger Ressourcen. Die Knochentuberkulose wurde vor allem am Becken, Fuß und Ellenbogen diagnostiziert, am häufigsten war die Wirbeltuberkulose in der mittleren BWS und LWS zu finden. Sie wurde mit Röntgenbestrahlung und Heliotherapie behandelt. Daneben mussten die Patienten heilgymnastische Übungen machen.⁷⁴⁴

Insgesamt erhielten mehr als 1/4 der Marburger Tuberkulosepatienten eine therapeutische Röntgenbestrahlung. In den Jahren 1928 und 1940/41 wurden jeweils nur 40%, 1944 jedoch alle Tuberkulösen operiert. Fälle, die nicht operativ behandelt werden konnten, wurden anscheinend 1944 erst gar nicht mehr in der Chirurgischen Klinik aufgenommen. Lungentuberkulose wurden vor allem im Sanatorium Sonnenblick behandelt. Je nach Lage der Herde oder Organbefall konnte chirurgisch oder konservativ vorgegangen werden. Die Tuberkulose in Lymphknoten, Niere, Mesenterium oder im Ileocoecal-Bereich konnte durch Röntgenbestrahlung therapiert werden, während die Knochentuberkulose bis auf einen Fall immer operiert wurde.

⁷⁴⁴ Vgl. Schiller/ Altschul: Erfahrungen über Wirbeltuberkulose, in: DMW, 59. Jg., Heft 37 (1933), S. 1449

1928 operierte man alle ausgewerteten Knochentuberkulosefälle in Lokalanästhesie. 1940/41 erhielten hingegen alle Patienten eine Allgemeinanästhesie mit Chloräthyl-Äther oder Evipan. In diesem Jahr wiesen alle Patienten eine Knochentuberkulose auf. Im Jahr 1944 wurden 3/4 der Patienten in Allgemeinnarkose (Chloräthyl-Äther oder Evipan) und 1/4 in Lokalanästhesie operiert. Die Patienten litten an Tuberkulose des Knochens, des Bauchfells, der Lymphknoten, der Niere, des Nebenhodens und der Blase.

Für Tuberkulosekranke war eine eigene Station an die Medizinische Poliklinik in Marburg angegliedert.⁷⁴⁵ Solche Stationen gab es auch an anderen Kliniken, sie waren unterteilt für Patienten mit offener oder geschlossener Tbc und waren häufig von Patienten und ärztlichem sowie pflegerischem Personal gefürchtet. Sie sahen sie als „Sterbestation“ an und das Personal hatte Angst vor Ansteckung. Die Stimmung unter den Ärzten war schlecht, da es keine erfolgversprechenden Therapien gab und viele Patienten in der Klinik starben.⁷⁴⁶ Auf den Tuberkulosestationen sollten möglichst nur Schwestern arbeiten, die selbst an Tuberkulose erkrankt waren, um eine Neuinfektion beim Personal zu vermeiden.⁷⁴⁷ In der Marburger Chirurgischen Klinik gab es keine eigene Station für Tuberkulose und aus den Akten ist nicht ersichtlich, ob die Patienten isoliert in einem Einzelzimmer lagen. Sie wurden außerdem vom selben Personal behandelt, wie auch die anderen Patienten.

Die Aufenthaltsdauer der Marburger Tbc-Patienten sank während des Krieges im Vergleich zu 1928. Hier lag die Aufenthaltsdauer durchschnittlich bei 92,6 Tagen, sank 1940/41 auf 25 Tage ab und stieg 1944 wieder auf 48,5 Tage an. Zu erklären war es durch die allgemeine Bettenknappheit. Die Zunahme der Liegedauer von 1940/41 auf 1944 lässt auf besonders schwere Formen der Tbc 1944 schließen.

Nach der Behandlung in der Marburger Chirurgischen Klinik wurde ein Großteil der Patienten in die hausärztliche Weiterbetreuung entlassen. Zwei Patienten sollten sich nach der Entlassung wieder in der Chirurgischen Klinik vorstellen, zwei weitere Patienten wurden in andere Kliniken verlegt.

Zwei der tuberkulösen Patienten starben während des stationären Aufenthaltes. Eine 72-jährige Frau in reduziertem KZ und EZ litt an einer Knochentuberkulose der Wirbelsäule. Durch die Tbc wurde der Rückenmarkskanal zunehmend eingeengt und sie starb nach

⁷⁴⁵ Vgl. Aumüller, Kriegschirurgie, Kassel 2006, S. 186

⁷⁴⁶ Vgl. Sonnenfeld, Arthur: Der Aufgabenkreis der Krankenhäuser bei der Bekämpfung der Lungentuberkulose, in: DMW, 54. Jg., Heft 51, (1928), S. 2155

⁷⁴⁷ Vgl. Gaida, Ulrike: Bildungskonzepte der Krankenpflege in der Weimarer Republik, Stuttgart 2011, S. 138- 139

erfolgloser Operation am 15. Tag des Klinikaufenthalts.⁷⁴⁸ Ein 24-jähriger Mann mit derselben Diagnose verstarb nach 198 Tagen trotz zunächst erfolgreicher Operation.⁷⁴⁹ Aus einer Übersicht über den Zeitraum von 1933 bis 1941 geht hervor, dass die Tbc eins der häufigsten Krankheitsbilder in der Marburger Chirurgischen Klinik war. Durchschnittlich sind 2,8% der aufgenommenen Patienten daran verstorben.⁷⁵⁰ Dies kann durch die 900 untersuchten Krankenakten nicht bestätigt werden. Hier war die Tbc nur bei 2% der Aufnahmegrund der stationär behandelten Patienten.

14.4 Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni

Während des Zweiten Weltkrieges war an vielen Krankenhäusern eine Zunahme von Magengeschwüren zu verzeichnen. Man sprach von dem sogenannten „Kriegsulkus“. Er betraf vor allem ältere Männer, die durch die Belastungen des Krieges schwerer arbeiten mussten. Typisch war der sonst nur sehr selten vorkommende Ulcusentstehungsort an der kleinen Kurvatur des Magens. Er konnte durch Bettruhe und eine Diätkur sowie Wärmetherapien über insgesamt 4-8 Wochen geheilt werden. Viele Patienten wurden dennoch früher entlassen.⁷⁵¹ Anhand von Daten einer Hungersnot in Russland wurde die Entstehung eines Ulcus in Zusammenhang mit dieser gesehen. Durch fehlende Nahrungsaufnahme wirkten die sauren Magensäfte auf den leeren Magen reizend.⁷⁵² Die Entstehung eines Magengeschwüres konnte auch durch privaten oder beruflichen Stress gefördert werden.⁷⁵³ Der genaue Entstehungsmechanismus eines Magen- oder Duodenalgeschwüres war nicht bekannt, es wurde allerdings eine Übersäuerung des Magensaftes als Ursache angenommen. Als Nachweis wurden Magensaftbestimmungen, ein Blutbild, die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bestimmt und eine Röntgenleeraufnahme des Magens angefertigt.⁷⁵⁴ Für die Diagnostik eines Magengeschwüres war das sogenannte Probefrühstück ebenso unentbehrlich.⁷⁵⁵ Hiermit

⁷⁴⁸ Identifikationsnummer 0763, Aktennummer 1944/2635

⁷⁴⁹ Identifikationsnummer 0642, Aktennummer 1944/265

⁷⁵⁰ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4372: Übersicht über den Stand der Krankheiten in den Preußischen Universitätskliniken im Kalenderjahr 1936, 1937, 1938, 1941 an den Preußischen Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung, UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4370: Übersicht über den Stand der Krankheiten an preußischen Universitätskliniken 1932, 1933, 1934, 1935

⁷⁵¹ Vgl. Henning, N./ Czerwensky, A.: Das „Kriegsulkus“, eine neue und kriegsbedingte Form des Ulcus pepticum, in: DMW, 70. Jg., Heft 31/31 (1944), S. 439- 442

⁷⁵² Vgl. Hamperl, Krankheiten, 1942, S. 408

⁷⁵³ Vgl. Weicksel, Sozialversicherung, 1943, S. 7

⁷⁵⁴ Vgl. Henning/ Czerwensky, Kriegsulkus, 1944, S. 441

⁷⁵⁵ Vgl. Henning: Diagnostisch- therapeutische Fragen bei Magenerkrankungen, in: DMW, 68. Jg., Heft 29 (1942), S. 733

konnte überprüft werden, ob unter Nahrungsaufnahme Schmerzen auftraten, und es konnte die sekretorische und resorptive Leistung des Magens bestimmt werden. Für das Probefrühstück musste der Patient nüchtern ein Brötchen mit 400ml Tee oder Wasser zu sich nehmen und nach einer Stunde wurde Magensaft aspiriert und untersucht. Anschließend konnte nach Auswertung des Säuregehaltes der Krankheitszustand abgelesen werden.⁷⁵⁶

Bis in die 1920er Jahre wurden Ulcera immer in der Chirurgie behandelt. Von da an wurde zunächst eine konservative Therapie durch Diäten und Liegekuren in der Inneren Abteilung präferiert. Nach dieser Therapie waren 80-90% der Patienten beschwerdefrei. In der chirurgischen Abteilung wurden nur noch diejenigen behandelt, bei denen Rezidive auftraten, das Geschwür perforierte oder in andere Nachbarorgane penetrierte. Auch bei Ulcusblutung erfolgte zuerst ein konservativer Therapieversuch, da die Operationsletalität aufgrund des häufig starken Blutverlustes hoch war.⁷⁵⁷

Die konservative Therapie eines Magen- oder Duodenal-Geschwürs bestand hauptsächlich aus Bettruhe, Diäten und Röntgenbestrahlungen. Da wohl ein Zusammenhang zwischen der Entstehung eines Geschwürs und dem Lebensstil (Alkohol, Rauchen, Stress) bestand, wurden in den Kliniken auch Ernährungs- und Verhaltenstipps gegeben und umgesetzt. Die Schonung des Patienten durch die Bettruhe wurde durch angenehme Wärmeanwendungen und die Gabe von Schlafmitteln ergänzt.⁷⁵⁸ Eine magenschonende Diät sollte hauptsächlich aus Kohlenhydraten und eher weniger Proteinen und Fetten bestehen. Zu den Grundlagen gehörten also Brot, Kartoffeln und Mehl- bzw. Schleimspeisen. Während des Zweiten Weltkrieges brauchten die Magenpatienten ihre Ernährung nicht umzustellen, da sich die kriegsbedingte Ernährung sowieso hauptsächlich auf Kohlenhydrate beschränkte. Jedoch wies das Brot im Krieg einen höheren Wassergehalt auf und war für Magenkranke schwerer verdaulich.⁷⁵⁹ Teilweise wurde auch eine Schmerztherapie durch Behandlung von Lokalanästhetika durchgeführt. Ultima ratio war eine operative Therapie, wobei zwischen einer Teilentfernung des Magens und einer Magenübernähung unterschieden wurde. Eine Magenteilresektion zog immer eine lebenslange strenge Diät nach sich. Die Übernähung eines akuten Geschwürs wurde als Methode der Wahl bevorzugt, versprach oft

⁷⁵⁶ Vgl. Boas, Magenkrankheiten, 1925, S. 121-122

⁷⁵⁷ Vgl. Schoen, Rudolf: Grenzen der internen Ulcusbehandlung, in: DC, 13. Jg., Heft 14 (1941), S. 409-413

⁷⁵⁸ Vgl. Siebeck, Ulkuskranke, 1940, S. 449-451

⁷⁵⁹ Vgl. Brühl, Diätbehandlung, 1942, S. 1166- 1168

Besserung und hatte nicht so schwerwiegende, lebeenseinschränkende Nebenwirkungen wie die Magenteilresektion.⁷⁶⁰ Bei perforiertem Ulcus konnte man eine Operation mit großer Magenresektion nicht umgehen. Die Nachbehandlung erfolgte nach den gleichen Grundsätzen wie bei der konservativen Therapie.⁷⁶¹ Bei einer aktiven Blutung des Magengeschwürs wurde regelmäßig der Puls gemessen, die Schleimhautblässe und Müdigkeit beurteilt. Außerdem mussten die Patienten über mehrere Tage nüchtern bleiben und wurden ausschließlich durch tropfenweise verabreichte Traubenzuckerlösung ernährt. Nach Sistieren der Blutung wurde ein sehr langsamer Kostaufbau angestrebt.⁷⁶²

14.4.1 Behandlung von Ulcus-Erkrankten an der Marburger Chirurgischen Klinik

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden 18 Patienten mit Magen- oder Duodenalgeschwüren (1928: 9 Patienten; 1940/41: 3 Patienten, 1944: 6 Patienten) behandelt.⁷⁶³ Eine Zunahme der Erkrankung in den Kriegsjahren war nach den ausgewerteten Patientenakten nicht zu verzeichnen. Die Erkrankung trat generell im Krieg häufiger auf, aber die meisten Patienten mit Geschwüren wurden in der Internistischen Abteilung behandelt. In der Chirurgischen Abteilung wurden nur die therapieresistenten Fälle aufgenommen.

Eine Magensaftbestimmung wurde in der Marburger Chirurgischen Klinik bei einer 54-jährigen Patientin mit Magenschmerzen durchgeführt. Sie wurde nach 7 Tagen mit Verdacht auf Gastritis in hausärztliche Betreuung entlassen. Die Magensaftbestimmung ergab eine Eosinophilie,⁷⁶⁴ die auf ein Karzinom hinwies.⁷⁶⁵

Eine Durchleuchtungsuntersuchung des Magens gehörte zum Standard bei Ulcera, sie wurde bei über 3/4 der Patienten durchgeführt. Außerdem wurden Blut- und Urinuntersuchungen in der Chirurgischen Klinik zur ergänzenden Diagnostik genutzt.⁷⁶⁶

⁷⁶⁰ Vgl. Baumgartner, Wolfgang: Konservative Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs, in: DC, 12. Jg., Heft 23 (1940), S. 699- 702

⁷⁶¹ Vgl. Siebeck, Ulkuskranke, 1940, S. 449-451

⁷⁶² Vgl. Zweig, Walter: Repetitorium der Magenkrankheiten, Ulcus ventriculi, in: DMW, 54. Jg., Heft 39 (1928), S. 1638- 1639

⁷⁶³ Dies waren 13 Patienten und 5 Patientinnen zwischen 20 und 63 Jahren.

⁷⁶⁴ Aktennummer 0315, Identifikationsnummer 1940/2316

⁷⁶⁵ Vgl. Weicksel, Sozialversicherung, 1943, S. 22

⁷⁶⁶ 1928 wurden Urinuntersuchungen bei 44,4% der Ulcuspatienten, 1940/41 bei 66,7% und 1944 sogar bei 83,3% der Patienten durchgeführt. Blutabnahmen und anschließende Untersuchungen wurden 1928 bei keinem Patienten gemacht. In den Jahren 1940/41 und 1944 wurden sie parallel zu den Urinuntersuchungen durchgeführt.

Das Probefrühstück wurde in der Marburger Chirurgischen Klinik stets bei Verdacht auf ein Geschwür angeordnet und konnte das Krankheitsstadium voraussagen.

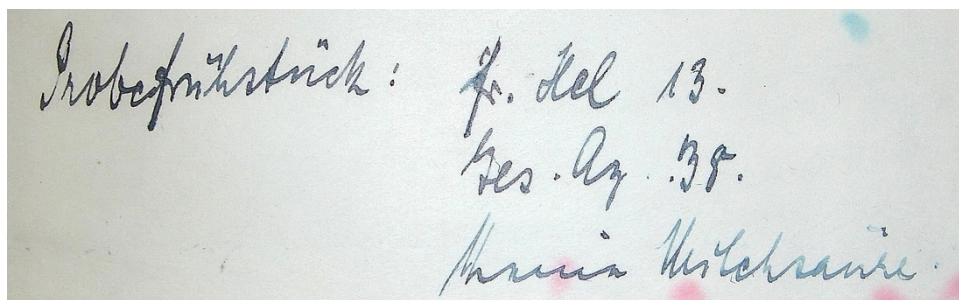


Abb. 35: Beispiel eines Probefrühstückes aus einer Patientenakte der Marburger Chirurgischen Klinik (Probefrühstück: freie HCl 13, Gesamtaazidität 38, Keine Milchsäure)⁷⁶⁷

Mehrere Patienten wurden im Verlauf in die Medizinische Klinik verlegt, da eine operative Therapie noch nicht nötig war.

Die Patienten mit einem Magen- oder Duodenalgeschwür stammten fast ausschließlich aus Biedenkopf oder den umliegenden Landkreisen. Soweit angegeben, waren sie körperlich arbeitende Menschen (Handwerker, Landarbeiter, Arbeiter oder Lagerhalter). Unter den Patientinnen waren es ausschließlich Hausfrauen.

In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden 1928 knapp 80% der Patienten mit einem Ulcus konservativ behandelt. In den beiden Kriegsjahren operierte man häufiger (1940/41: 33,3% und 1944: 50%). Normalerweise lag die Zahl der Operationen bei Ulcera viel niedriger, aber das untersuchte Patientenkontingent stammt aus der Chirurgischen Klinik, in der nur Patienten mit Rezidiven oder akuten Perforationen versorgt wurden. In allen Fällen erfolgten die Operationen unter Allgemeinnarkose durch Äther oder Chloräthyl-Äther.

1928 lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 5,8 Tagen. Sie stieg in den Kriegsjahren bis auf 14 Tage an, da die Operierten insgesamt länger therapiert werden mussten als konservativ Behandelte.⁷⁶⁸

⁷⁶⁷ Identifikationsnummer 0173, Aktennummer 1928/1629

⁷⁶⁸ 2 der insgesamt 18 behandelten Patienten verstarben. Ein 15-jähriger Handwerker verstarb postoperativ nach Ulcusperforation und ein 45-jähriger Mann aufgrund einer Pneumonie nach 8-tägigem Aufenthalt.

15 Behandlung von besonderen Patientengruppen

15.1 Behandlung von Zwangsarbeitern in der Chirurgischen Klinik

In Marburg und der ländlichen Umgebung gab es im Zweiten Weltkrieg mehrere Zwangsarbeitslager. Der größte Teil der über 10000 Zwangsarbeiter stammte aus der Sowjetunion, Polen und Frankreich. Fast 300 Zwangsarbeiter kamen aus Italien und einige aus Belgien, Jugoslawien, den baltischen Staaten und den Niederlanden.⁷⁶⁹ Die Marburger Zwangsarbeiter arbeiteten in Privatunternehmen, Haushalten oder bei großen Betrieben wie den Behringwerken. Der Umgang mit ihnen war offiziell nur im Rahmen des Arbeitsverhältnisses erlaubt. Trotzdem wurden Zwangsarbeiter in kleinen privaten Unternehmen oder Haushalten oftmals besser behandelt als in den großen Lagern. Durch die Nähe zu den Familien konnte sich ein persönliches Verhältnis entwickeln.⁷⁷⁰ Die Männer arbeiteten hauptsächlich in Rüstungs- oder landwirtschaftlichen Betrieben. Als ab 1942 vermehrt Mädchen und Frauen aus Osteuropa nach Deutschland deportiert wurden, mussten sie vorwiegend in Privathaushalten dienen. Je niedriger eine Nation in der Hierarchie der von den Deutschen besetzten Staaten stand, desto mehr Frauen dieser Nationen wurden als Zwangsarbeiterinnen nach Deutschland deportiert. Die Ostarbeiterinnen machten allein 81,1% aller Zwangsarbeiterinnen aus. Vor 1942 war die Arbeit von ausländischen Frauen in Privathaushalten aus rassenpolitischen Gründen verboten, da zu enger Kontakt zu den Familien befürchtet wurde. Erst als der Bedarf mit deutschen Haushaltsgehilfinnen nicht mehr gedeckt werden konnte, wurden Zwangsarbeiterinnen nach Deutschland deportiert. Doch nicht jede Frau „durfte“ in Deutschland arbeiten. Sie mussten ein mehrstufiges Auswahlverfahren durchlaufen. Dabei wurde besonders auf das äußere Erscheinungsbild geachtet, das dem „arischen“ möglichst ähneln sollte. Die Zwangsarbeiterinnen waren vorwiegend zwischen 16 und 21 Jahre alt. Die Familien erhielten Merkblätter, in denen die Umgangsformen mit den ausländischen Haushaltsgehilfinnen festgelegt waren. Solidaritätsgefühle sollten unterbleiben und sie als Arbeitgeber konnten die Arbeitszeit allein bestimmen. Ab Sommer 1944 wurden viele Zwangsarbeiterinnen aus den Familien genommen, um den Arbeitermangel in den Rüstungsbetrieben auszugleichen.⁷⁷¹ Auch in Krankenhäusern

⁷⁶⁹ Vgl. Brandes/ Brinkmann-Frisch/ Form et al., Zwangsarbeit, 2005, S. 66- 69

⁷⁷⁰ Vgl. Bimmer/ Brand/ Dehnert et al, Alltagsleben, 1985, S. 36

⁷⁷¹ Vgl. Brandes/ Brinkmann-Frisch/ Form et al., Zwangsarbeit, 2005, S. 311- 323

wurden sie eingesetzt, Ostarbeiter vor allem als Pflegekräfte, andere arbeiteten als Reinigungskräfte, Boten oder im Labor.⁷⁷²

Im Fall einer behandlungsbedürftigen Erkrankung wurden die Zwangsarbeiter in den Marburger Kliniken behandelt. Ab Januar 1941 wurde eine strikte räumliche Trennung zu den zivilen Marburger Patienten angeordnet, und so wurden für sie Baracken erbaut, in denen die weitere Behandlung erfolgte.⁷⁷³ Die Ärzte waren verpflichtet, Zwangsarbeiter zu behandeln. Der Umgang mit ihnen erfolgte nach genauen Vorgaben: Polnische Zwangsarbeiter mussten an ihrer Oberbekleidung zur Erkennung ein großes „P“ tragen, Russen und Ukrainer trugen Kleidung mit der Aufschrift „OST“. Nach der nationalsozialistischen Hierarchie standen die Ostarbeiter auf der niedrigsten Stufe, gefolgt von den Polen. Sie wohnten in unhygienischen Baracken, während die westlichen Zwangsarbeiter (Franzosen, Italiener, Kriegsgefangene aus den Benelux Staaten, Dänemark und Norwegen) sich frei bewegen durften und zunächst in Privatunterkünften unterkamen.⁷⁷⁴ Je länger der Krieg dauerte, desto schlechtere Bedingungen herrschten auch für die sogenannten Westarbeiter, die dann ebenfalls in Lagern untergebracht waren. Dennoch waren sie deutschen Versicherten im Krankheitsfall gleichgestellt. Die Ostarbeiter dagegen wurden nur mit Einschränkungen in ihren Baracken behandelt. Ihnen wurden bei speziellen Erkrankungen keine Diäten oder Lebensmittelzulagen genehmigt, und nach einer mehrwöchigen Behandlungsdauer wurden sie in die Heimat zurückgeschickt. Bei schwangeren Ostarbeiterinnen durften ab 1943 Abtreibungen vorgenommen werden, damit sie schnell wieder einsatzfähig waren. Die Ostarbeiter waren die ersten, bei denen Mittel zur Diagnostik oder Therapie eingespart wurden. 1944 wurden z.B. Röntgenkontrastmittel knapp und es wurde festgelegt, dass sie nur noch für „deutsche Volksgenossen“ verwendet werden durften.⁷⁷⁵

Eine medizinische Versorgung erfolgte vor dem Hintergrund, dass die Zwangsarbeiter schnell wieder arbeitsfähig werden sollten. Bei Erkrankung wurden sie zuerst dem Lagerarzt, der vom Gesundheitsamt gestellt wurde, zugeführt. Falls er die Behandlungsdauer auf mehr als drei Wochen schätzte, kam entweder eine Krankenhausbehandlung oder eine Rückführung in Betracht. Die Rücktransporte wurden

⁷⁷² Vgl. Siedbürger/ Frewer, Zwangsarbeit, 2006, S. 84

⁷⁷³ Vgl. UniA Marburg Best. 310 1983/15 Nr. 4310 Bd. 1, Erlass RMi des Innern IV e 8880/40/3916 vom 27.1.1941

⁷⁷⁴ Vgl. Schreckenber, Ideologie im Dritten Reich, 2003, S. 457

⁷⁷⁵ Vgl. Frewer/ Siedbürger, Medizin und Zwangsarbeit, 2004, S. 30- 56

mit Dauer des Krieges immer seltener, jede Arbeitskraft wurde benötigt und teilweise waren auch die Rücktransporte mit der Reichsbahn gar nicht mehr möglich.⁷⁷⁶ Wenn Kliniksärzte zu einem Rücktransport rieten, organisierten dies die Krankenhausfürsorgerinnen für sie.⁷⁷⁷

Unter den ausgewerteten Patientenakten gab es einige Zwangsarbeiter, die nach der chirurgischen Behandlung zurück in ihre Heimat transportiert werden sollten.

Nach Rücksprache mit dem hiesigen Arbeitsamt, soll Pat. in nächster Zeit nach Polen zurücktransportiert werden, da mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in Kürze noch nicht zu rechnen ist.

Pat. wird mit gut sitzendem Gengipsverband nach ~~Polen~~ zurücktransportiert.

Abb. 36: Beispiel aus einer Patientenakte: Ein polnischer Zwangsarbeiter wird zurück in seine Heimat mit Beingips transportiert.⁷⁷⁸

Ihre gesundheitliche Versorgung wurde nach dem „Kosten-Nutzen-Prinzip“ berechnet, d.h. schwer kranke Zwangsarbeiter wurden ohne jegliche medizinische Betreuung sofort wieder in ihr Heimatland zurückgeschickt. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt erfolgte nur, wenn eine Behandlung durch den Lagerarzt nicht ausreichend war. Bei Infektionskrankheiten wurden Zwangsarbeiter aus „gesundheitspolizeilichen“ Gründen in Kliniken versorgt, um eine Krankheitsausbreitung in den Lagern zu verhindern. Durch den Bettenmangel in den Kliniken wurden ab Dezember 1941 die Zwangsarbeiter zum großen Teil nicht mehr in Kliniken eingewiesen, sondern von eigens eingesetzten „Ostärzten“ medizinisch in den Lagern versorgt. In der Marburger Chirurgischen Poliklinik machten Zwangsarbeiter einen Anteil von 2% der Patienten aus. Sie wurden hauptsächlich aus Lagern in der Marburger Umgebung wie dem „Russen- und Italienerlager“ in Allendorf eingeliefert.⁷⁷⁹ Dieses war 1938 errichtet worden, um den Sprengstoff Trinitrotoluol (TNT) zu produzieren und zu verfüllen. Teilweise waren die

⁷⁷⁶ Vgl. Siedbürger/ Frewer, Ideologie im Dritten Reich, 2006, S. 91

⁷⁷⁷ Vgl. Reinicke, Peter: Soziale Krankenhausfürsorge in Deutschland. Von den Anfängen bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges, Opladen 1998, S. 122

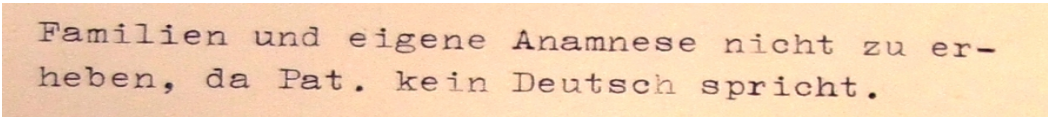
⁷⁷⁸ Identifikationsnummer 0587, Aktennummer 1941/578

⁷⁷⁹ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 587-588

zur Herstellung verwendeten Stoffe toxisch und kanzerogen. Dies zeigte sich, indem sich die Haare, Haut und Nägel der Arbeiter gelb bis lila verfärbten. Zudem bestand hohe Explosionsgefahr und es kam immer wieder zu kleineren Explosionen, bei denen Arbeiter ums Leben kamen. In Allendorf arbeiteten über 2 000 Ostarbeiter, darunter auch Minderjährige und sogar einige Kinder unter 10 Jahren. Sie arbeiteten und lebten unter den gleichen unwürdigen Bedingungen wie die Erwachsenen. Die sanitären Anlagen und die Wasserversorgung waren unzureichend und daher brachen immer wieder Krankheiten aus, wie z.B. 1940 die Ruhr.⁷⁸⁰ Die in der Chirurgischen Klinik behandelten Zwangsarbeiter, die in Allendorf arbeiteten, waren in den Lagern Drausmühle, Niederklein und Wasserscheide untergebracht.⁷⁸¹ Aus den Krankenakten ist ersichtlich, dass Zwangsarbeiter auch bei den Buderus Eisenwerken, einem weiteren Rüstungsbetrieb, beschäftigt waren. In Breidenbach arbeiteten bei Buderus insgesamt 60 Ostarbeiter, Polen und Franzosen. Außerdem waren in Dautphe Zwangsarbeiter zur Eisenerzeugung und -verarbeitung beschäftigt.⁷⁸²

Aus den Marburger Chirurgischen Patientenakten ist zu erkennen, dass den Ärzten die Lager der Patienten nicht immer bekannt waren. Insbesondere waren ihnen meistens die Tätigkeitsfelder der Arbeiter unbekannt, so dass die Entscheidung, ob diese wieder arbeitsfähig waren, nicht ordnungsgemäß gestellt werden konnte. In den Akten waren Lager in Kirchhain, Breidenbach, Rauschenberg, Neustadt, Allendorf, Treysa und Dautphe angegeben.

1940/41 wurden 7 Zwangsarbeiter und 1944 14 Zwangsarbeiter auf den normalen Krankenstationen der Marburger Chirurgischen Klinik behandelt. Aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse verzichteten die Ärzte häufig auf die ausführliche Anamneseerhebung.



Familien und eigene Anamnese nicht zu erheben, da Pat. kein Deutsch spricht.

*Abb. 37: Beispiel aus einer Patientenakte: Anamnese ist aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse nicht möglich*⁷⁸³

⁷⁸⁰ Magistrat der Stadt Stadtallendorf, Haupt- und Personalamt: Ausstellungskatalog des Dokumentations- und Informationszentrums Stadtallendorf, Fulda 1994, S. 22-42

⁷⁸¹ Zu Stadtallendorf gehörten 10 Lager: Allendorf, Allendorfer Höhe, Am Teich, Drausmühle, Falkenhahn, Gossebach, Hofwiese, Münchmühle, Niederklein, Wasserscheide. In: Krause-Schmitt, Ursula/ Freyberg, Jutta von/ Wehe, Friedrich: Heimatgeschichtlicher Wegweiser zu Stätten des Widerstandes und der Verfolgung 1933-1945. Hessen 2. Regierungsbezirk Gießen und Kassel, Frankfurt am Main 1996, S. 161

⁷⁸² Vgl. Ebd., S. 146-147

⁷⁸³ Identifikationsnummer 0644, Aktennummer 1944/270

Die Zwangsarbeiter wiesen folgende Erkrankungen auf: Frakturen, Appendizitis, Commotio cerebri, Säureverletzung, Abszesse, Tuberkulose und Ulcus ventriculi. Wenn die Chirurgen allerdings keinen Behandlungsbedarf sahen, wurden sie wieder als arbeitsfähig zurück ins Lager geschickt. So wurde z.B. ein polnischer Arbeiter aus Allendorf von dem praktischen Arzt Dr. Eisenberg in die Marburger Chirurgische Klinik eingewiesen, weil er trotz Tragens eines Bruchbandes auf Grund starker Schmerzen nicht arbeiten konnte. Dr. Eisenberg drang auf eine Operation des Leistenbruches.

Kirchhain , Bez Kassel, d. 20.5.41. B 11

Sehr geehrter Herr Kollege!

Der Pole [REDACTED], in Arbeit in Kirchhain , kann mit Bruchband nicht arbeiten und hat daher den Wunsch , sich operieren zu lassen. Ich kann mich diesem Wunsche nur anschliessen und sende Ihnen den Fall zur Operation zu .

Mit deutschem Grusse ergebenst!

Dr. med. Otto Eisenberg
prakt. Arzt
Kirchhain, Bez. Kassel

H. Eisenberg,
pr. Arzt.

Abb. 38: Beispiel aus einer Patientenakte: Praktischer Arzt weist polnischen Zwangsarbeiter zur Hernien-Operation in die Marburger Klinik ein ⁷⁸⁴

Nach Untersuchungen lehnte der Marburger Chirurg Baumann schließlich eine Operation ab, da der Leistenbruch mit Hodenhochstand seiner Ansicht nach nicht dauerhaft schmerzhaft und eine Operation nicht erfolgversprechend sei. Nach 3 Tagen stationärem Aufenthalt in der Chirurgischen Klinik wurde der 25-Jährige ohne weitere Therapie als arbeitsfähig zurück ins Lager entlassen. Bei diesem Beispiel weichen die Marburger Chirurgen von ihrem Standardvorgehen ab, denn normalerweise wurde jeder Leistenbruch auf Grund von Einklemmungsgefahr operiert (vgl. Kapitel 14.2).

⁷⁸⁴ Identifikationsnummer 0585, Aktennummer 1941/576

12 576 [redacted] 24 Jahre.

Harn: Eiweiß: *neg.*
Zucker: *neg.*

Diagnose:
Hochstand beider Hoden
Hernia ing. incipiens re.

Aufnahme: *27 V 41.*

Operation: *-*

Entlassung: *30. I. 41 Artnickfüßig*

Von dem polnisch sprechenden Pat. ist eine genaue Anamnese nicht zu erheben. Er gibt an, seit Jahren bei Druck zeitweise Schmerz in der rechten Leistenbeuge zu haben. Vor drei Wochen habe der Arzt ihm ein Bruchband verordnet, dass er jedoch nicht tragen konnte da es ihm dauernd Schmerzen bereite.

Befund.

Kräftiger Pat. in gutem E.Z. und K.Z.

A^u den inneren Organen kein krankhafter Befund.

Lokalbefund.

Das Skrotum ist leer. Beide Hoden sind dicht vor dem äußeren Leistenring gelegen. Typischer Hodendruckschmerz.

Rechts besteht eine Hernia incipiens.

Herrn Prof. Bümann vorgestellt. Da Pat. nur gelegentlich bei Druck Schmerzen an den verlegerten Hoden hat, bei dem Alter des Pat. ein Herausholen der Hoden in das Skrotum wenig Erfolg verspricht, soll von einer Operation abgesehen werden.

Abb. 39: Ablehnung der Operation des polnischen Zwangsarbeiters seitens der Marburger Chirurgen.⁷⁸⁵

Es gab jedoch auch andere Fälle. Dem Oberarzt Mondry wurde nachgesagt, dass er keine Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Patienten machte. Mondry z.B. bewertete einen Franzosen als dienstuntauglich, was bedeutete, dass dieser zurück in sein Heimatland geschickt wurde. Auch wenn die Begründung der Dienstuntauglichkeit aus rein medizinischer Sicht erfolgte, so gab der Patient selbst an, bereits einige andere

⁷⁸⁵ Identifikationsnummer 0585, Aktennummer 1941/576

Verhaltensweisen von Ärzten erlebt zu haben. Seine Dankbarkeit zeigte er durch eine Einladung Mondrys nach Paris.⁷⁸⁶

Von den insgesamt 21 in die Chirurgische Klinik aufgenommenen Zwangsarbeitern im untersuchten Zeitraum stammten 50% aus Polen. Außerdem waren vier Ostarbeiter, sechs Italiener und eine Französin darunter.⁷⁸⁷

In anderen Kliniken wie z.B. in Göttingen wurden nur die hierarchisch höher gestellten Zwangsarbeiter behandelt. Ostarbeiter wurden erst gar nicht in die Klinik aufgenommen, sondern nur von Lagerärzten therapiert.⁷⁸⁸

Die Diagnosen der Zwangsarbeiter in der Marburger Klinik unterschieden sich nicht von denen der deutschen Zivilbevölkerung. Das Vorkommen von Leistenhernien lässt auf körperliche Arbeit schließen. Außerdem entstanden Arbeitsunfälle mit Frakturen und *Commotio cerebri*. Ein italienischer Arbeiter verätzte seinen Fuß mit Säure und wurde schließlich nach 15-tägiger Wundversorgung als vollständig arbeitsfähig wieder entlassen. Ein anderer Zwangsarbeiter erlitt nach Fliegerbeschuss auf einen Zug eine Schussverletzung am Gesäß und musste drei Monate in der Chirurgischen Klinik versorgt werden, bevor er als vollständig arbeitsfähig entlassen wurde.⁷⁸⁹

Operiert wurden die Zwangsarbeiter bei Appendizitis, Schussverletzungen, Tuberkulose und Peritonitis. Frakturen wurden im Gips ruhiggestellt, Abszesse inzidiert und Bettruhe bei *Commotio cerebri*, Nierensteinen und Cystitis zusammen mit Wickeln und Tee angeordnet. Die Operationen wurden alle in Allgemeinnarkose durchgeführt, wobei laut ausgewerteter Akten nur die Assistenzärzte Lauber und Studemeister die Operationen durchführten.

Die durchschnittliche Liegezeit der Zwangsarbeiter lag nur bei 13,3 Tagen. Auch wenn auf den ersten Blick keine Unterschiede bei der medizinischen Versorgung zwischen den zivilen deutschen und den ausländischen Patienten zu erkennen waren, so sind doch je nach Krankheitsbild kürzere Liegezeiten erkennbar, und dies spricht für eine schlechtere

⁷⁸⁶ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 590

⁷⁸⁷ Insgesamt wurden in der Stichprobe 21 Zwangsarbeiter in der Chirurgischen Klinik behandelt. 8 waren es im Jahr 1940/41 und 13 Zwangsarbeiter im Jahr 1944. Italienische Lagerarbeiter oder die französische Arbeiterin waren 1944 in der Klinik. 1940/41 kamen die Zwangsarbeiter nur aus Polen oder der Sowjetunion. Unter den in Marburg behandelten Zwangsarbeitern waren nur zwei Frauen. Die Polin war Haushaltsgehilfin und die Französin arbeitete in einem Betrieb.

⁷⁸⁸ Siedbürger/ Frewer, Hildesheim/ Zürich/ New York 2006, S. 89, hier das Beispiel der Göttinger Universitätsklinik

⁷⁸⁹ Die Diagnosen der Zwangsarbeiter: 2 Abszesse, 4 Appendizitiden, *Commotio cerebri*, Cystitis, 3 Frakturen, Furunkel, 2 Inguinalhernien, Peridontitis, Pneumokokkenperitonitis, Prellung, Schussverletzung, Tuberkulose, Säureverätzung, Ulcus ventriculi und Ureterstein.

Behandlung. So wurde z.B. ein 22-jähriger italienischer Kriegsgefangener mit einer Appendizitis in der Chirurgischen Klinik operiert, aber schon nach 5 Tagen wieder zurück ins Kriegsgefangenenlager in Treysa entlassen.⁷⁹⁰ Dahingegen lag die mittlere Aufenthaltsdauer bei deutschen Patienten mit Appendizitis 1944 bei 9 Tagen. Eine 20-jährige polnische Haushaltsgehilfin wurde zu spät in die Chirurgische Klinik gebracht. Sie wies bereits bei Ankunft eine Peritonitis durch eine perforierte Appendix auf. Am Folgetag verstarb sie trotz Notfalloperation. Eine Obduktion wurde nicht durchgeführt.⁷⁹¹ Im Jahr 1941 wurde ein 26-jähriger polnischer Zwangsarbeiter mit einer Unterschenkelfraktur in der Marburger Chirurgischen Klinik für 144 Tage konservativ behandelt. Nach Kontrollröntgenaufnahmen nach 4 Monaten war in der Bruchstelle immer noch ein Spalt zu sehen und die Fraktur „federte“. Der Patient wurde weiter durch einen Gips konservativ behandelt. Nach Absprache mit dem Arbeitsamt sollte er zurück in seine Heimat transportiert werden. Die Chirurgen befanden, dass keinerlei Hoffnung auf eine volle Arbeitsfähigkeit mehr bestand, und so wurde er schließlich mit „gut sitzendem Gipsverband“ nach Polen zurücktransportiert.⁷⁹² Dieser Fall zeigt, dass 1941 noch Zwangsarbeiter in ihre Heimat zurücktransportiert wurden, wenn keine Arbeitsfähigkeit zu erreichen war. Ein solch langer Aufenthalt von mehreren Monaten stellte eine Ausnahme dar.

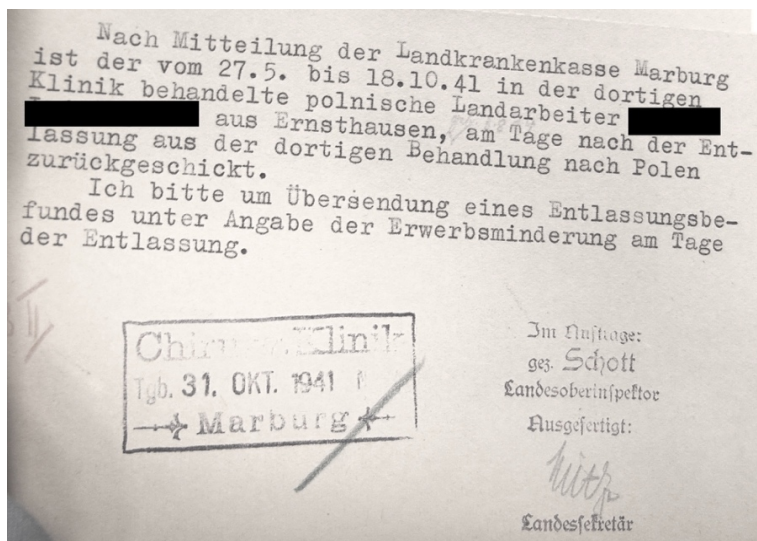


Abb. 40: Beispiel aus einer Patientenakte: Zwangsarbeiter wird bei Krankheit zurück in seine Heimat geschickt.⁷⁹³

⁷⁹⁰ Identifikationsnummer 0644, Aktennummer 1944/270

⁷⁹¹ Identifikationsnummer 0724, Aktennummer 1944/399

⁷⁹² Identifikationsnummer 0587, Aktennummer 1941/578

⁷⁹³ Ebd.

Alle anderen behandelten Zwangsarbeiter wurden als arbeitsfähig aus der Marburger Chirurgischen Klinik entlassen. Teilweise wurde noch eine körperliche Schonung empfohlen. Ob die Zwangsarbeiter nach Rückkehr in die Lager wirklich geschont wurden, ist nicht nachvollziehbar.

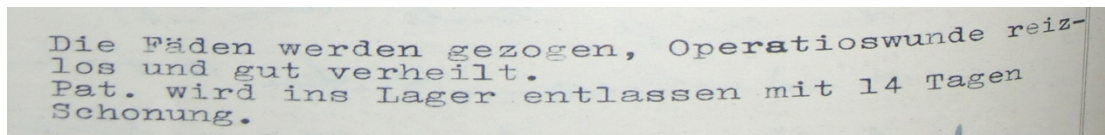


Abb. 41: Beispiel aus einer Patientenakte: Zwangsarbeiter wird nach der Operation zurück in ein Lager entlassen.⁷⁹⁴

Von den untersuchten 21 Akten der Zwangsarbeiter wurden vier in andere Abteilungen oder in die Hilfskrankenhäuser Wehrda bzw. Pfaffenwald im hessischen Bad Hersfeld verlegt. Pfaffenwald war ein Krankenlager vor allem für Ostarbeiter und Polen, die wegen Tuberkulose nicht mehr arbeitsfähig waren. Es wurde auch als „Sterbelager“ bezeichnet, da die Lebensbedingungen besonders schlecht waren. Überlebende Tuberkulose „verlegte“ man teilweise von Pfaffenwald nach Hadamar, wo deren Tötung stattfand.⁷⁹⁵ Hadamar bei Limburg/ Lahn war ein zentraler Ort der „Euthanasie“. Von Januar bis August 1941 wurden dort über 10000 Menschen getötet,⁷⁹⁶ indem sie nach ihrer Ankunft vergast wurden. Im August 1941 unterließ man aufgrund eines Befehls von Hitler die Tötungen durch Gas. Bereits 1 Jahr später eröffnete Hadamar erneut als „Landesheilanstalt“. Von diesem Tag bis zum März 1945 wurden dort über 4000 Patienten durch Nahrungsentzug umgebracht.⁷⁹⁷ Darunter waren viele Ostarbeiter und polnische Zwangsarbeiter, die psychisch krank waren oder an einer Tuberkulose litten. Die Tuberkulösen waren nicht arbeitsfähig und zudem hätten sie gesunde Zwangsarbeiter anstecken können, die dann ebenfalls arbeitsunfähig geworden wären. Deshalb wurden

⁷⁹⁴ Identifikationsnummer 0504, Aktennummer 1941/469

⁷⁹⁵ Krause-Schmitt/ Freyberg/ Wehe, 1996, S. 55

⁷⁹⁶ Euthanasie“ in Hadamar. Die nationalsozialistische Vernichtungspolitik in hessischen Anstalten. Eine Ausstellung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen 1992, Dokument 2

⁷⁹⁷ Vgl. Vanja, Christina/ Vogt, Martin: Euthanasie in Hadamar. Die nationalsozialistische Vernichtungspolitik in hessischen Anstalten, Kassel 1991, S. 94-100. Dr. Adolf Wahlmann, der von 1942 bis 1945 Chefarzt in Hadamar war schrieb: „Ich kann es aber mit meiner nationalsozialistischen Einstellung nicht vereinbaren, irgend welche medizinischen Maßnahmen anzuwenden, seien sie medikamentöser oder sonstiger Art, damit das Leben dieser für die menschliche Gesellschaft vollkommen ausfallenden Individuen verlängert wird, ganz besonders in der jetzigen Zeit unseres Existenzkampfes, bei dem jedes Bett für die Wertvollsten unseres Volkes benötigt wird.“, Zitat S. 194

Tuberkulose bis 1943 in ihre Heimat zurücktransportiert. Nach dem Rückführungsstopp wurden sie in Krankenlagern isoliert. Eine medizinische Versorgung fand nicht statt und viele starben bereits durch die unzureichende Ernährung. Um die entstehenden Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Kranken zu sparen, wurden sie in Massentransporten nach Hadamar deportiert. Von Juli 1944 bis März 1945 wurden allein 162 tuberkulöse Zwangsarbeiter aus Pfaffenwald nach Hadamar transportiert und dort ermordet. Es waren vor allem junge Tuberkulose, darunter die meisten im Alter von 14 bis 25 Jahren. Sie wurden noch am Ankunftstag durch Morphin-Scopolamin-Injektionen oder durch Tabletten (Veronal oder Chloral) umgebracht. Anschließend fälschte man die Todesdaten und -ursache. Auf den Sterbeurkunden wurde angegeben, dass sie mehrere Wochen in der Anstalt gelebt hätten und an Erkrankungen wie einer Lungenentzündung oder Grippe verstorben seien.⁷⁹⁸

Ein 19-jähriger Marburger Ostarbeiter, der bei den Buderus Eisenwerken arbeitete, wurde 1944 nach Pfaffenwald verlegt. Er litt an einer Tuberkulose der Niere und Blase, sodass Dr. Lauber ihm operativ eine Niere entfernte. Nach 90-tägigem Aufenthalt wurde er schließlich nach Pfaffenwald transportiert. Sein weiteres Schicksal bleibt unklar, jedoch bedeutete die Verlegung wohl sein endgültiges „Todesurteil“.

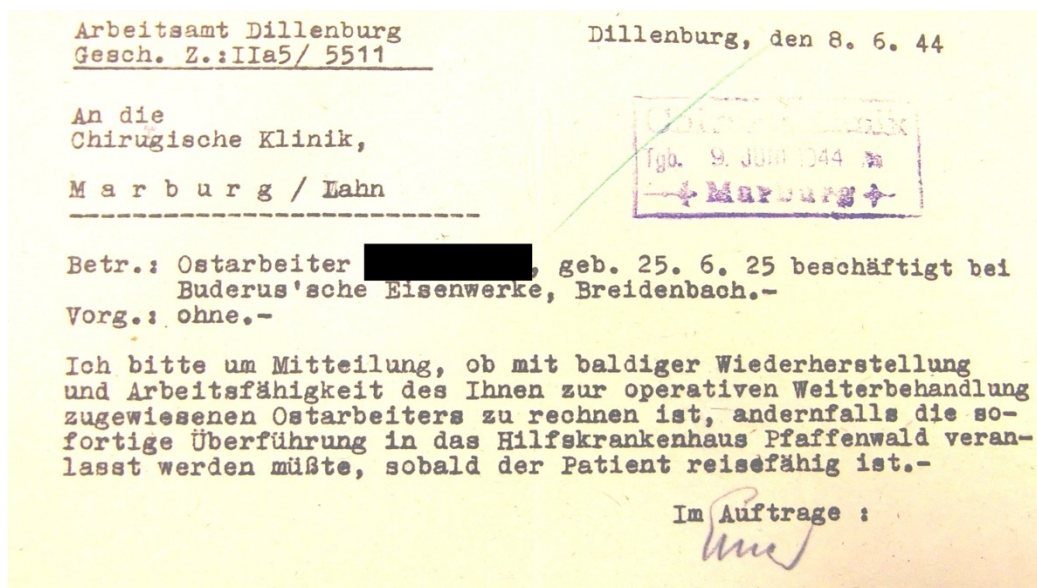


Abb. 42: Die Marburger Chirurgen sollen dem Arbeitsamt melden, ob eine baldige Arbeitsfähigkeit des Zwangsarbeiters besteht. Ansonsten soll der Patient ins „Hilfskrankenhaus Pfaffenwald“ verlegt werden.⁷⁹⁹

⁷⁹⁸ Vgl. Roer, Dorothee/ Henkel, Dieter: Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar 1933-1945, Bonn 1986, S. 268-279

⁷⁹⁹ Identifikationsnummer 0666, Aktennummer 1944/295

An das
Arbeitsamt Dillenburg

D i l l e n b u r g

Betr.: Ostarbeiter [REDACTED] geb. 25.6.25

In Beantwortung Ihrer Anfrage vom 8.6.44 teile ich Ihnen folgendes mit:

Bei dem obengenannten Patienten handelte es sich um eine rechtsseitige Nieren-Tbc. und Blasen-Tbc. Die rechte Niere wurde durch eine Operation entfernt.

Der augenblickliche Zustand: Der Allgemeinzustand ist noch beträchtlich herabgesetzt. In der Operationsnarbe tuberkulöse Fistel. Beschwerden seitens der tuberkulös erkrankten Blase bestehen noch fort.

Pat. ist noch für längere Zeit behandlungsbedürftig. Vor 1/2Jahr ist Arbeitsfähigkeit unwahrscheinlich. Pat. kann in ein Hilfskrankenhaus überführt werden.

b.w.

Abb. 43: Stellungnahme der Marburger Chirurgen: Der Zwangsarbeiter wird noch längere Zeit arbeitsunfähig sein.⁸⁰⁰

An das
Arbeitsamt Dillenburg

D i l l e n b u r g

Betr.: Ostarbeiter [REDACTED], geb. 25.6.25

Bezugnehmend auf unser Schreiben vom 16.v.Mts. bitten wir Sie-
veranlassen zu wollen, dass der Obengenannte in das von Ihnen
vorgeschlagene Hilfskrankenhaus Pfaffenwald abgeholt wird.

Pat. ist reisefähig, benötigt aber einen Begleiter. Da uns das
Lager, wo der Pat. wohnt, nicht bekannt ist, bitten wir Sie,
die Abholung des Pat. veranlassen zu wollen.

Mit bestem Dank im voraus und

Heil Hitler!

Abb. 44: Der Marburger Chirurg Dr. Studemeister wendet sich an das Arbeitsamt, dass der Patient mittlerweile reisefähig sei und ein Transport organisiert werden könne, der ihn nach Pfaffenwald bringt.⁸⁰¹

⁸⁰⁰ Ebd.

⁸⁰¹ Ebd.

Die in der Marburger Chirurgischen Klinik behandelten Zwangsarbeiter waren zwischen 18 und 52 Jahre alt. Die Westarbeiter waren älter als die Ostarbeiter.

15.2 Gutachten zur Arbeitsfähigkeit von Patienten

Die Ärzte der Marburger Chirurgischen Klinik übten auch Gutachtertätigkeiten aus. Sie sollten durch Untersuchungen feststellen, ob ein Patient z.B. wirklich arbeitsunfähig war oder dies nur vortäuschte bzw. auf finanzielle Leistungen wie Rente abzielte. Während des Zweiten Weltkrieges wurden die Fälle von Arbeitsunfähigkeit besonders streng geprüft. Männer im wehrdienstfähigen Alter mit Erkrankungen, die sie körperlich einschränkten, mussten nicht mehr der Wehrmacht dienen. Dies bedeutete, dass man bei Arbeitsunfähigkeit einen Kriegseinsatz umgehen konnte. Zunächst wurden wehrdienstunfähige erkrankte Männer durch Truppenärzte versorgt. Erst wenn keine Besserung auftrat, wurden sie in Kliniken eingewiesen. Dort sollte „mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln“ die Erkrankung abgeklärt und über eine Dienstfähigkeit entschieden werden. Dazu gehörte neben der Diagnostik auch die Beurteilung der Persönlichkeit, der Einsatzbereitschaft und der Krankheitseinstellung des Patienten.⁸⁰²

Unter den ausgewerteten Patientenakten fand sich eine Akte, in der ein ausführliches Gutachten der Chirurgen enthalten war. Ein 30-jähriger wehrdienstpflichtiger Arbeiter wurde im November 1940 für 8 Tage stationär aufgenommen. Während der Arbeit war ihm im Juli 1940 eine Granate auf den Fuß gefallen, so dass es zu einer zweifachen Fraktur gekommen war. Nach wochenlanger Ruhigstellung im Gips, feuchten Umschlägen, Lichtkastenbehandlungen und Massagen persistierten seine Fußschmerzen und nach einem kurzen Arbeitseinsatz wurde er deswegen wieder arbeitsunfähig. Aufgrund einer auffälligen Vorgeschichte des Patienten sollte er nun stationär in der Chirurgischen Klinik aufgenommen und beurteilt werden. Das Ergebnis des Entlassungsbefundes sollte dem Wehrkommando Hersfeld zugeleitet werden, damit über die Wehrfähigkeit des Patienten entschieden werden konnte.

Ein Arzt, der den Patienten mehrfach behandelt hatte, schrieb seine Einschätzung des Krankheitsfalles an die Chirurgische Klinik und bat um Beachtung der geschilderten bisherigen Vorgeschichte des Patienten : „Z., der im Laufe des letzten Jahres sämtliche Hersfelder Ärzte beschäftigt hat und der Ortskrankenkasse sowohl wie der

⁸⁰² Vgl. Handloser, S.: Innere Wehrmedizin, Dresden/ Leipzig 1944, S. 615

Tuchmacherkasse kein Unbekannter ist, ist ein arbeitsscheuer, schwer übertreibender (aggravierender) häufig simulierender Patient. Er versteht es meisterhaft, Krankheitsbilder darzustellen und selbst erfahrene Ärzte und Kliniker zu täuschen. [...] Rätselhaft ist es, daß er selbst vor schweren Selbstbeschädigungen nicht zurückschreckte. [...] Ich bitte dieses Schreiben streng dienstlich und vertrauenswürdig zu behandeln, es ist möglich, daß ich Z. jetzt vielleicht Unrecht tue, ich glaube auf Grund meiner früher mit Z. gemachten Erfahrungen, jetzt die Krankenkassen warnen zu müssen. Letzten Endes geschieht dies im Interesse des Patienten selbst, der nur durch strenge Kontrolle oder Erziehung auf eine ordentliche Bahn kommen beziehungsweise darauf bleiben kann.“⁸⁰³

Der Landes-Ober-Vertrauensarzt beschrieb ebenfalls seine Sicht über den Patienten und den Arbeitsunfall. Durch Nachforschungen seinerseits fand er heraus, dass der Fuß gar nicht frakturiert war und er bezweifelte, dass überhaupt ein Unfall stattgefunden hatte. Er befürwortete daher auch eine Beurteilung der Situation durch die Marburger Chirurgen. In der Marburger Chirurgischen Klinik wurde schließlich eine ausführliche Anamnese erhoben, eine körperliche Untersuchung und weitere Diagnostik durchgeführt. Herr Z. gab an, dass er gerne arbeiten wollte, aber die Schmerzen zu groß wären. Er erhoffte sich Abhilfe durch einen speziellen orthopädischen Schuh, den er bereits bestellt hätte. Bei der körperlichen Untersuchung stellten die Chirurgen eine normale Funktionsfähigkeit des Fußes fest. Schwellungen wurden per Ausmessen ausgeschlossen, aber der Patient klagte über Druckschmerzen. Die Bewegung des betroffenen Fußes war leicht eingeschränkt, doch bei Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten war sie vollkommen normal. Durchgeführte Röntgenbilder sowie ein Blutbild waren unauffällig. Ein Neurologe der Marburger Nervenlinik begutachtete den jungen Mann ebenfalls. Er war der Meinung, dass die Beschwerden als funktionell zu betrachten waren. Während seiner Untersuchung, die der Patient mit Zucken und Stöhnen verbrachte, wurden keine pathologischen Reflexe oder Sensibilitätsausfälle gefunden. Bei Herrn Z. wurden in der Chirurgischen Klinik keine Therapieansätze versucht. Er wurde nach der Diagnostik entlassen. Folgender Entlassungsbrief zum Gesundheitszustand ging an das zuständige Wehrbezirkskommando:

⁸⁰³ Identifikationsnummer 0414, Aktennummer 1940/2435

An
das Wehrbezirkskommando
H E R S F E L D *Senkassse d. Reiches.*
=====

K 433 31
Betr: Entlassungsbefund des. dienstpfl.
[redacted], Hersfeld, geb. 16.3.1910.
Abtl: IVb Az.: 12a14
*Befundbericht Ihres Mitgliedes Art
[redacted] geb. 16.3.10.*

[redacted] befand sich vom 18.11. bis 26.11.40.
in stationärer Behandlung der Chirurgischen
Klinik. Es fand sich keine erhöhte Senkungs=
geschwindigkeit der roten Blutkörperchen.
Im Blutbild finden sich keine Zeichen für eine
Entzündung. Weder röntgenologisch noch klinisch
liess sich ein objektiver Befund erheben, der
die vom Pat. anfangs geklagten Beschwerden
erklären könnte. Die Beschwerden des Pat. werden
als funktionell angesehen. Bei einer Untersu=
chung der Univ-Nervenklinik wurden keine
Zeichen für eine Nervenkrankung festgestellt,
jedoch zeigte der Pat. auch hier bei der
Untersuchung eine grobe Aggravation.
*Dr. Mondry
Oberarzt.*

Abb. 45: Stellungnahme des Marburger Chirurgen Dr. Mondry bezüglich eines Patienten, der vorgibt, arbeitsunfähig zu sein.⁸⁰⁴

Über den weiteren Lebensweg des Patienten ist nichts bekannt, aber auf Grund des Arztbriefes ist wohl eine Einstufung als arbeits- und wehrfähig wahrscheinlich. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass Ärzte anhand ihrer Gutachtertätigkeit über das weitere Leben des Patienten entscheiden konnten.

In einem Buch über Wehrmedizin aus dem Jahr 1944 wird berichtet, dass nur gesunde und kräftige Männer in den Krieg ziehen sollten, denn „Schwächlinge“ würden schon nach kurzer Zeit die Kliniken belasten. Ein Truppenarzt konnte die volle Tauglichkeit eines Mannes bescheinigen oder auch nur eingeschränkte Fähigkeiten. Letztere waren zwar generell wehrtauglich, durften aber nur bestimmte Arbeiten verrichten. Herzkrankte durften z.B. keine körperlich anstrengenden Arbeiten machen, konnten aber durch andere Tätigkeiten kriegswichtige Dienste leisten. Auch durften die Truppenärzte durch eine

⁸⁰⁴ Identifikationsnummer 0414, Aktennummer 1940/2435

Operationsduldungspflicht über Operationen von Männern entscheiden, wenn die Aussicht bestand, dass sich die „Kriegsbrauchbarkeit“ dadurch verbesserte.⁸⁰⁵

In einem weiteren Fall wurde eine Gutachtertätigkeit der Marburger Chirurgen verlangt. Es handelte sich um eine 17-jährige junge Frau, die gerade ihr Pflichtjahr beim Reichsarbeitsdienst (RAD) absolvierte. Sie erlitt im Jahr 1940 eine Fußfraktur durch eine Granatverletzung und gab danach an, wegen Schmerzen nicht arbeiten zu können. Beim Aufenthalt in der Marburger Chirurgischen Klinik war diese Verletzung bereits verheilt, aber die Patientin klagte über anhaltende starke Fußschmerzen. Versichert war sie über die Betriebskrankenkasse des Reiches. Ohne weitere Therapie wurde sie nach 8 Tagen als dienstfähig aus der Klinik entlassen. Die Marburger Chirurgen beurteilten sie als „arbeitsscheu“. Allein die Röntgenbilder und das Bewegungsausmaß ließen die Ärzte zu der Meinung kommen, dass sie diese Fußschmerzen nur vortäuschte, um nicht mehr dem RAD verpflichtet zu sein.⁸⁰⁶

16 Fazit

Diese Arbeit gibt anhand statistischer Auswertungen von Krankenakten einen anschaulichen Überblick über die Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik der Jahrgänge 1928, 1940/41 und 1944. Insgesamt wurden Informationen aus jeweils 300 Patientenakten dieser Jahre aufgenommen und ausgewertet. Es werden die Altersstrukturen, Berufe, Herkunftsorte, soziale Strukturen, Kräfte- und Ernährungszustand und die Diagnosen der Patientenklientel beschrieben. Des Weiteren werden Diagnostiken, Therapien und deren weitere Verläufe erläutert sowie Angaben zu Aufenthaltsdauer, Kostenträgern und Mortalität gemacht. Die statistisch ausgewerteten Ergebnisse wurden mit Informationen aus weiteren zeitgenössischen Quellen ergänzt und verglichen.

Mit zunehmender Akzeptanz von Krankenhäusern Ende des 19. Jahrhunderts, einer steigenden Zahl an krankenversicherten Bürgern und besseren Operationsbedingungen nahmen immer mehr Patienten eine Behandlung in Krankenhäusern in Anspruch. Auch

⁸⁰⁵ Vgl. Handloser, Wehrmedizin, 1944, S. 597, 599-600

⁸⁰⁶ Identifikationsnummer 0420, Aktennummer 1940/2443

die Marburger Chirurgische Klinik wurde mehrfach vergrößert. 1896 war sie nach der Pavillonbauweise neu gebaut worden. Es folgten weitere Anbauten im Verlauf, da es immer neue Erkenntnisse zur Reduktion von Krankenhausinfektionen gab. Alle Möbel, Böden und Wände mussten gut zu reinigen sein und anstatt den vorher bestehenden großen Krankensälen wurden kleinere Krankenzimmer favorisiert. Männer- und Frauengebäude waren generell getrennt voneinander. Die Chirurgische Klinik mit 132 Plan-Betten war 1930 im Durchschnitt mit 240 Betten überbelegt. Daher wurde 1935 eine neue Chirurgische Klinik begonnen zu bauen, die die doppelte Patientenzahl versorgen sollte. Der bauliche Schwerpunkt lag auf Frischluft und Sonne, so dass viele Terrassen und Veranden geplant waren. Während des Zweiten Weltkrieges kam es zu Bauverzögerungen und nur mit Ausnahmeregelungen konnte weiter gebaut werden. 1944 wurden durch einen Bombenangriff Teile der Chirurgischen Klinik zerstört. Dabei starben 28 Personen und es gab viele Verletzte. Die weitere chirurgische Versorgung konnte nur durch Barackenbau am Sanatorium Sonnenblick, ausgelagerten Betten in einer akademischen Turnverbindung und OP-Sälen im Gymnasium Philippinum aufrechterhalten werden. Die Reparaturen der Chirurgischen Klinik machten Kriegsgefangene. Doch bereits 1945 wurde sie erneut bei einem Bombenangriff beschädigt und der Wiederaufbau dauerte weitere 6 Jahre.

Unter dem Einfluss der Nationalsozialisten wurde 1934 das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ erlassen. Neben der Medizinalaufsicht und Gesundheitsfürsorge mussten Amtsärzte auch Erb- und Rassenpflege ausführen. Ärzte waren gut als Propagandisten zu benutzen, da sie ein besonderes Vertrauensverhältnis zur Bevölkerung genossen und die Rassenbiologie somit verbreiten konnten. Ab 1935 erfolgten durch Ärzte Kaderauslesungen nach einheitlichen politischen und rassenhygienischen Gesichtspunkten. Ein großes Augenmerk wurde auf die Krankheitsprävention gelegt. Insgesamt lagen die Aufgabenschwerpunkte der Ärzte während des Nationalsozialismus in der Heilung und körperlichen Stärkung der Bevölkerung und Soldaten sowie der Selektierung von Minderwertigen. In der Chirurgie diente der Krieg auch als „Lehrmeister“, denn es wurden Erfahrungen in großem Ausmaße gesammelt, und für die medizinische Forschung ergaben sich „einmalige Gelegenheiten“. Da viele Ärzte an der Front oder anderweitig in der Wehrmacht eingesetzt waren, kam es in den Krankenhäusern folglich zu einem Ärztemangel. Bis zu 50% der Belegschaft durfte abkommandiert werden. Es mussten pensionierte oder Ärzte

aus befreundeten Staaten rekrutiert werden. Später wurden zusätzlich Ärzte aus besetzten Gebieten zwangsverpflichtet. Auch aus der Marburger Chirurgischen Klinik wurden die Ärzte zur Wehrmacht eingezogen. Manchmal konnte Direktor Klapp dies durch Unabkömmlichkeitsstellungen verhindern, dennoch mussten die Ärzte bereits 1942 doppelt so viele Patienten versorgen wie vorher. In Marburg wurden schließlich Volontärärztinnen neben Ärzten aus Griechenland und Luxemburg angestellt. Klapp selbst war auch als Beratender Chirurg tätig, indem er unerfahrenen Kollegen in Feldlazaretten zur Seite stand. Neben der Medizin musste an der Universitätsklinik die Lehre aufrechterhalten werden. Vorlesungen wurden uniformiert im Hörsaal mit Hakenkreuz-Fahne abgehalten. Die Chirurgische Klinik lag mit der Anzahl der Dissertationen an der Spitze der medizinischen Fakultäten. Thematisch befassten sich einige mit der Kriegschirurgie. Auch wurde über die Umsetzung des Vierjahresplans geforscht, um Versorgungsengpässe im medizinischen Bereich zu verhindern. Er sollte im Krieg die Unabhängigkeit Deutschlands von ausländischen Lieferungen sichern. In Bezug auf die Chirurgie bedeutete dies, Ersatzstoffe/-material aus deutschen Erzeugnissen herzustellen bzw. ausländische, nicht ersetzbare Stoffe/Substanzen frühzeitig und ausreichend zu bevorraten. Verbände konnten nach dem Auskochen mehrfach verwendet, Medikamente und Salben teilweise durch Zusätze gestreckt werden. Neben der ärztlichen Betreuung der Patienten waren ebenso die Krankenpflegerinnen und -pfleger wichtig. Auch hier war der Bedarf sehr groß. Nachdem die Verbände im Nationalsozialismus gleichgeschaltet worden waren und die Ausbildungen nur noch an NS-Pflegeschulen absolviert werden konnten, wurde die Ausbildungszeit um die Hälfte verkürzt und die Arbeitszeit angehoben, um den Bedarf decken zu können. Zudem wurden schnelle Ausbildungswege zu Samariterinnen und Helferinnen entwickelt und Medizinstudentinnen verpflichtet, 6 Monate in der Pflege zu arbeiten und weitere 3 Semester regelmäßig Dienste zu übernehmen. In Marburg gab es neben den DRK-Schwestern noch die katholischen Sankt-Vincenz-Schwestern. Auch unter ihnen wurde bis zu 50% der Belegschaft zur Wehrmacht eingezogen, vor allem die Pfleger. An der Chirurgischen Klinik war der Pflegeschlüssel besonders niedrig, eigentlich hätte 1 Pflegeperson auf 6 Patienten kommen sollen, aber tatsächlich waren es mehr als 12 Patienten. Die Ausbildungen fanden unter der Leitung der Oberin Frau von Trotha im Mutterhaus statt. Durch die Krankenpflege wurden viele Frauen zur Teilnahme am Krieg gewonnen.

Zwangssterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ fanden ab den 30er Jahren statt. In der Marburger Chirurgischen Klinik wurden Männer zwangssterilisiert. Besonders der Oberarzt Hans Boeminghaus hatte sich hier hervorgetan, da spezielle Operationstechniken zur Sterilisation beim Mann erprobte und bewarb. Die Aufnahmebögen der Klinik wurden ergänzt durch die Angabe von erblichen Erkrankungen. Missbildungen, Alkoholismus sowie Nerven- und Geisteskrankheiten bei Familienangehörigen erfragten die Chirurgen speziell.

Da während des Zweiten Weltkrieges jede Arbeitskraft wichtig war, fanden Begutachtungen von angeblich „arbeitsscheue“ Patienten nach Verletzungen in der Chirurgischen Klinik statt. In der Auswertung wurde z.B. die Wehrfähigkeit eines Mannes und die Arbeitsfähigkeit einer jungen Frau für den RAD überprüft und beurteilt.

Anhand der ausgewerteten Akten bestätigte sich, dass es in Marburg zu Versorgungsveränderungen während des Krieges aufgrund wirtschaftlicher Schwierigkeiten, Ärzte-, Pflegepersonal- und Bettenmangel sowie Kriegszerstörungen kam. Neben der Versorgung ziviler Patienten mussten die Ärzte und Pflegekräfte auch Soldaten im eingerichteten Reservelazarett versorgen. Dies verschärfte die Bettenknappheit, die u.a. durch kürzere Liegezeiten der Patienten ausgeglichen wurde. Zudem wurden nur noch Patienten mit dringlich behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufgenommen.

Der Großteil der Patienten wurde vom Hausarzt, nur Unfallverletzte wurden als Notfall in die Klinik eingewiesen. Nicht jeder Notfall musste aber auch direkt operiert werden. Insgesamt wurden in dem untersuchten Zeitraum mehr Männer als Frauen in der Klinik behandelt (37,3- 45% Frauenanteil). Viele Männer waren in den Kriegsjahren im Heer und an der Front. Bei Erkrankung waren sie nicht in ihrer Heimat und dadurch nahm der Anteil an Patientinnen während dieser Zeit in der Klinik zu. Weiterhin wurden Männer vor allem wegen (Arbeits-) Unfällen und Frauen aufgrund organischer Erkrankungen stationär behandelt.

Teilweise mussten die Patienten weite Wege vom Heimatort zur Klinik auf sich nehmen. Die Transportmöglichkeiten waren zudem im Krieg eingeschränkt. Dennoch stammte der Großteil der stationär behandelten Patienten aus der ländlichen Umgebung Marburgs, d.h. das Einzugsgebiet der Klinik war nicht nur auf die Stadt Marburg begrenzt. Dadurch war das Berufsspektrum der stationär behandelten Patienten sehr breit. Berufsunfälle traten

vor allem bei Landarbeitern auf. Im Krieg nahm der Anteil der Arbeiter unter den Patienten zu.

In den weitaus meisten Fällen wurden keine Angaben zum Versicherungsstatus der chirurgisch behandelten Patienten gemacht. Wenn er angegeben war, zeigte sich, dass die Mehrzahl der Patienten gesetzlich pflichtversichert bzw. als Familienangehörige mitversichert waren. Bei Arbeitsunfällen zahlten die Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaft und die Armenfürsorge kam bei mittellosen Patienten für die Krankenhauskosten auf. Nur sehr selten waren in allen ausgewerteten Jahrgängen sogenannte „Selbstzahler“ vertreten. Privatversicherte waren bei der Auswertung nicht darunter, da sie in anderen Gebäuden untergebracht waren.

Die chirurgischen Patienten waren hauptsächlich im arbeitsfähigen Alter zwischen 16 und 50 Jahren. Ein geringer Patientenanteil war jünger als 16 bzw. älter als 50 Jahre. Mit zunehmender Dauer des Zweiten Weltkrieges nahm allerdings der Anteil der Wehrdienstfähigen ab, vor allem zugunsten der älteren Patienten. Die Männer im mittleren Alter waren häufig im Kriegsdienst und nicht vor Ort bei ihren Familien in Marburg und Umgebung und die Frauen mussten sich allein um ihre Kinder kümmern, so dass sie jeglichen Krankenhausaufenthalt vermieden, um nicht ihre Kinder unversorgt zu lassen.

Die Marburger Chirurgen führten bei jedem aufgenommenen Patienten eine Anamnese und körperliche Untersuchung durch. Der Anamnesebogen wurde in den Kriegsjahren um das Abfragen von Erb- und Infektionskrankheiten in der Familie erweitert. Hierfür bestand ein standardisierter Anamnesebogen, den es 1928 noch nicht gab. Zudem fiel auf, dass die Anamnesen in den Kriegsjahren kürzer ausfielen und weniger Informationen wie Berufe oder Familienstand erfragt wurden. Dies ist auf den Ärztemangel und dadurch bedingten Zeitdruck zurückzuführen.

Durch die Lebensmittelversorgung im und aus dem Umland herrschten in Marburg keine Großstadtverhältnisse mit gravierendem Nahrungsmittelmangel. Die Ernährungs- und Kräftezustände der chirurgischen Patienten waren selbst noch 1944, nach mehreren Jahren Krieg und dadurch bedingter schlechterer Ernährungssituation, relativ gut. Während 2/3 der Patienten 1928 noch in gutem Kräftezustand aufgenommen wurden, waren während des Krieges mehr Patienten in nur ausreichendem Kräftezustand. Dies deutet auf schwerere Krankheitsbilder zu Kriegszeiten hin. Reduzierte Kräftezustände führten zu längeren stationären Aufenthalten. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass der

Kräfte- und Ernährungszustand nur subjektiv war, d.h. dieser Parameter wurde nur durch das Empfinden/Einschätzen des Arztes vergeben.

Die in der Chirurgischen Klinik behandelten Krankheiten der Zivilbevölkerung änderten sich in Kriegszeiten nicht gravierend im Vergleich zu Friedenszeiten. Neu hinzu kamen allerdings die kriegsbedingten Bomben- oder Schussverletzungen bei Zivilisten. Zudem sank bei gleichbleibenden Erkrankungen die Aufenthaltsdauer der Patienten erwartungsgemäß. Zurückzuführen ist dies vor allem auf den starken Patientenandrang und die Bettenknappheit in der Klinik. Insgesamt wurden 48,7 bis 61% der Patienten operiert. Neben der Visceralchirurgie wurden auch unfallchirurgische, orthopädische, Thorax-, Gefäß-, kinderchirurgische, plastische und urologische Operationen vorgenommen. Die konservativen Therapien beinhalteten Ruhigstellungen z.B. in Gipsverbänden bei Frakturen, Wundversorgungen bei kleineren Verletzungen oder Abszessen sowie Krankengymnastik bei Skoliosen, Arthritiden oder Kinderlähmung. Dem Direktor der Chirurgischen Klinik, Prof. Klapp, lag besonders die Krankengymnastik am Herzen und er entwickelte eigene Behandlungsmethoden wie das „Klapp'sche Kriechverfahren“.

Nach dem stationären Aufenthalt wurden die Patienten größtenteils in weitere hausärztliche Betreuung entlassen. Einige Patienten sollten sich zur weiteren Krankheitsverlaufsbeobachtung wieder in der Chirurgischen Poliklinik vorstellen. Der Anteil der Patienten, die sich zu Kontrollen bzw. Weiterbehandlung vorstellen sollten, war zu Kriegszeiten höher. Da die Entlassung aus der Klinik früher erfolgte als zu Friedenszeiten, wurde häufiger eine Nachbeobachtung empfohlen. Ebenfalls wurden einige Patienten auf Grund ihrer Erkrankungen in andere Marburger Kliniken verlegt oder Zwangsarbeiter frühzeitig zurück in die Arbeitslager entlassen. Die Aufenthaltsdauer aller Erkrankten sank von 1928 zu 1944 um knapp 3 Tage.

Die gute Patientenversorgung war durch moderne chirurgische sowie konservative Therapiemethoden, die teilweise von den Marburger Chirurgen selbst entwickelt worden waren, gewährleistet, was anhand von zeitgenössischen Veröffentlichungen belegt werden konnte. Laboruntersuchungen wie ein Blutbild konnten die richtige Diagnose sichern bzw. andere Differentialdiagnosen ausschließen. Aufgrund des medizinischen Fortschrittes und besserer labormedizinischer Verfahren wurden Blutuntersuchungen von 1928 bis 1944 standardisierter und nahmen daher von unter 2% auf über 38% zu. Urinuntersuchungen gehörten dahingegen auch schon 1928 zum Standard. Des weiteren wurden regelmäßig Grundumsatzbestimmungen durch Puls- und Blutdruckmessungen

bei Schilddrüsenerkrankungen gemacht. Die Untersuchung von Liquor oder Stuhl erfolgten selten.

Operationen wurden in Lokal- oder häufiger in Allgemeinanästhesie durchgeführt und durch eine eigene Krankengymnastikabteilung konnten schon während des stationären Aufenthaltes Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Unterschiede zwischen den Narkoseverfahren bestanden nicht eindeutig. Lediglich wurden 1928 mehr Leitungsanästhesien durchgeführt. Ob der Fortschritt durch sicherere Methoden bei der Vollnarkose oder einfach weniger Aufwand die Ursache waren, weshalb 1940/41 und 1944 fast nur noch Vollnarkosen gemacht wurden, bleibt unklar. Es scheint aber keinen Mangel an Narkotika während des Krieges gegeben zu haben. Als Narkotika wurde vorwiegend Äther und Chloräthyläther verwendet.

Moderne diagnostische Methoden wie Röntgenuntersuchungen wurden regelmäßig in allen ausgewerteten Jahrgängen in der Marburger Chirurgischen Klinik angewandt. Vorwiegend wurden Knochen geröntgt, aber auch Durchleuchtungen des Magens oder Pyelographien mit Kontrastmittelgabe durchgeführt. Röntgenstrahlung wurde auch zur Behandlung von Karzinomen eingesetzt. Die Marburger Röntgengeräte waren im Krieg teilweise nicht funktionsfähig oder es traten Stromausfälle auf. Röntgenbestrahlungen von bösartigen Tumoren, die normalerweise täglich mit einer bestimmten Dosis über einen längeren Zeitraum bestrahlt werden sollten, wurden gar nicht mehr durchgeführt oder es wurden höhere Dosen in weniger Sitzungen verabreicht. Dies führte zu schlechteren Ergebnissen.

Insgesamt war die Mortalität in der Chirurgischen Klinik im Vergleich der Kriegsanfangsjahre zum -ende zwar von 4 auf 7,7% gestiegen, doch ist dies nicht auf schlechtere Behandlungen zurückzuführen, sondern auf schwerere Erkrankungen/Verletzungen. 1928 war die Sterblichkeit etwa gleich hoch wie 1944, doch 1928 waren die medizinischen Standards weniger entwickelt und z.B. die Erfahrungen mit Narkosen weniger routiniert. Der Großteil der Verstorbenen wurde im Pathologischen Institut obduziert, wobei mit zunehmender Dauer des Krieges wegen Ärztemangels weniger Obduktionen durchgeführt wurden. Die Todesursachen waren zu Friedens- und Kriegszeiten dieselben: Pneumonien, Lungenembolien, Karzinomerkrankungen, Infektionen oder schwere Verletzungen durch Unfälle.

Neben zivilen Krankenakten fanden sich auch Krankenakten von Zwangsarbeitern aus Lagern in Marburgs Umgebung. Sie erhielten alle notwendigen Behandlungen, aber es wurden Unterschiede in der Versorgung von bessergestellten Westarbeitern zu

Ostarbeitern gemacht. Generell wurden die Zwangsarbeiter bei gleichen Krankheitsbildern vergleichsweise früher aus der Klinik als arbeitsfähig entlassen. Bei zu langer Dauer der Erkrankung und nicht absehbarer Herstellung der Arbeitsfähigkeit wurden sie zurück in ihre Heimatländer geschickt oder teilweise in andere Krankenhäuser wie nach Pfaffenwald verlegt. Es ist bekannt, dass von dort wiederum unheilbar Kranke nach Hadamar verlegt wurden, wo sie wahrscheinlich getötet wurden.

Die Marburger Chirurgen haben die Gesundheitsversorgung der Zivilbevölkerung und der Soldaten weitestgehend aufrecht erhalten. Damit haben sie indirekt den Krieg unterstützt und wahrscheinlich zu dessen Verlängerung beigetragen.

Direktor Klapp ließ alle Mitarbeiter als „Fördernde Mitglieder der SS“ eintragen und viele waren weiteren nationalsozialistischen Gruppierungen wie der NSDAP und dem NSDÄB zugehörig. Es ist nicht bekannt, dass sich einer von ihnen dort besonders aktiv hervortat. Die Marburger Chirurgen haben die von ihnen erwarteten Aufgaben, die teilweise nationalsozialistischen Grundgedanken folgten, erledigt.

17 Zusammenfassung

Während die Chirurgie durch etablierte Anästhesieverfahren und Antisepsis im 19. Jahrhundert kontinuierliche Fortschritte gemacht hatte, war die Zeit der Weltkriege wieder von Rückschlägen geprägt. Aufgrund der besonderen Verhältnisse mussten Therapieverfahren verändert werden, die medizinischen Ressourcen verknappten sich, während gleichzeitig Lazarette für verletzte Soldaten errichtet werden mussten. Zudem spielte der Einfluss des Nationalsozialismus seit den frühen 1930er Jahren eine zunehmend größere Rolle sowohl bei der Aus- und Weiterbildung, als auch bei Therapieentscheidungen.

Vor diesem Hintergrund wird die Versorgung von chirurgischen Patienten während des Zweiten Weltkrieges mit der in den Vorkriegsjahren verglichen. Hierfür wurden Daten aus jeweils 300 Patientenakten der Marburger Chirurgischen Klinik der Jahre 1928, 1940/41 und 1944 ausgewertet. Die Ergebnisse wurden mit Informationen aus zeitgenössischen Quellen ergänzt und abgeglichen.

Mit zunehmender Akzeptanz von Krankenhäusern, einer steigenden Zahl an krankenversicherten Bürgern und besseren Operationsbedingungen nahmen immer mehr

Patienten eine Behandlung in Krankenhäusern in Anspruch. Die Marburger Chirurgische Klinik musste auf Grund der zunehmenden Patientenzahlen mehrmals expandieren. Von 1928 bis 1944 war Rudolf Klapp Direktor dieser Klinik. Während des Zweiten Weltkrieges wurde sie durch zwei Bombenangriffe teilweise beschädigt. Unter dem Einfluss der Ideologie des Nationalsozialismus führten Chirurgische Kliniken in den 30er Jahren Zwangssterilisationen bei Männern nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ durch, so auch in Marburg. Zudem wurde in den Krankenhaus-Aufnahmebögen gezielt nach „erblichen“ Erkrankungen wie Missbildungen, Nerven- oder Geisteskrankheiten und Alkoholismus gefragt.

Anhand der ausgewerteten Akten ist zu erkennen, dass es in Marburg zu deutlichen Versorgungsveränderungen während des Krieges aufgrund von Ärzte-, Pflegepersonal- und Bettenmangel sowie Kriegszerstörungen kam. Die Basisversorgung war aber stets gewährleistet. Insgesamt wurden in dem untersuchten Zeitraum mehr Männer als Frauen in der Klinik behandelt (37,3- 45% Frauenanteil). Während des Krieges war eine Zunahme der Patientinnen zu verzeichnen, da viele Männer ihren Kriegsdienst ableisteten. Die meisten der stationär behandelten Patienten stammten aus der ländlichen Umgebung Marburgs. Der Großteil war gesetzlich pflichtversichert bzw. es waren Familienangehörige von Krankenversicherten. Neben den zivilen fanden sich auch Krankenakten von Zwangsarbeitern aus Lagern in Marburgs Umgebung. Sie erhielten dieselben notwendigen Behandlungen, wurden aber zügiger entlassen oder bei nicht absehbarer Arbeitsfähigkeit zurück in ihre Heimatländer geschickt. Jeder aufgenommene Patient wurde von den Chirurgen anamnestiziert und körperlich untersucht. In den Kriegsjahren wurde ein besonderes Augenmerk auf Infektions- oder Erbkrankheiten in der Familie gelegt, dennoch fielen die Aufnahmebögen aufgrund des Ärztemangels in diesem Zeitraum knapper aus. Durch die Lebensmittelversorgung aus dem Umland Marburgs waren selbst 1944 die Ernährungs- und Kräftezustände der chirurgischen Patienten noch relativ gut. Die Krankheitsbilder änderten sich bis auf kriegsbedingte Bomben- oder Schussverletzungen bei Zivilisten nicht. Es wurden allerdings nur noch Patienten mit dringlich behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufgenommen, gleichzeitig sank die Aufenthaltsdauer der Patienten erwartungsgemäß von 1928 zu 1944 um knapp 3 Tage. Zurückzuführen ist dies vor allem auf Bettenknappheit, da Teile der Klinik zeitweise zerstört waren und Betten für zivile Patienten durch das eingerichtete Reservelazarett für Soldaten fehlten. Insgesamt wurden 48,7 bis 61% der Patienten visceralchirurgisch, orthopädisch oder urologisch in Lokal- oder häufiger in

Allgemeinanästhesie operiert. Es scheint keinen Mangel an den typischen Narkotika Äther und Chloräthyläther während des Krieges gegeben zu haben. Die konservativen Therapien beinhalteten Ruhigstellungen, Wundversorgungen sowie Krankengymnastik. Letzteres war Prof. Klapp besonders wichtig und er entwickelte eigene Krankengymnastikübungen. Die Therapiemethoden waren modern und entsprachen dem Niveau einer Universitätsklinik. Blut-, Urin- und Röntgenuntersuchungen gehörten zum Standard. Vorwiegend wurden Knochen geröntgt, aber auch Durchleuchtungen oder Pyelographien wurden regelmäßig durchgeführt. Im Krieg waren teilweise die Röntgengeräte defekt oder aufgrund von häufigen Stromausfällen nicht einsatzfähig. Auch wurden Patienten in den Kriegsjahren häufiger zu Nachkontrollen in die Chirurgische Poliklinik wiedereinbestellt, da sie frühzeitiger entlassen wurden. Die Mortalität nahm von Kriegsbeginn zum -ende zu, was auf schwerere Erkrankungen oder Verletzungen zurückzuführen ist. Der Großteil der Verstorbenen wurde im Pathologischen Institut obduziert.

Die Marburger Chirurgen wie auch die Ärzte anderswo haben sicherlich dazu beigetragen, durch die weitgehende Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung der Zivilbevölkerung und der Soldaten den Krieg zu unterstützen bzw. zu verlängern. Dabei ist besonders Prof. Klapp zu erwähnen, der sowohl im Ersten als auch im Zweiten Weltkrieg Beratender Chirurg war. Er forschte auf dem Gebiet der Kriegschirurgie und seine entwickelten Verfahren, wie z.B. die Drahtextension, wurden maßgeblich durch seine Kriegserfahrungen beeinflusst und vorangetrieben. In den 30er Jahren erprobte der Oberarzt Hans Boeminghaus eigene Operationstechniken zur Sterilisation beim Mann, die er bei der Zwangssterilisation von „schwachsinnigen“ Männern anwendete. Durch Unabkömmlichkeitsstellungen versuchte Klapp immer wieder, seine Ärzte weiter für die Patientenversorgung in Marburg behalten zu können, dennoch wurden einige von ihnen in den Kriegsjahren zum Heeresdienst eingezogen. Zudem mussten sie auch das Reservelazarett mitbetreuen. Die Marburger Chirurgen waren allesamt „Fördernde Mitglieder der SS“ und teilweise weiteren nationalsozialistischen Gruppierungen zugehörig wie der NSDAP oder dem NSDÄB.

17.1 Summary

While the 19th century had been a period of continuous progress due to advances in anesthesia and antisepsis, the World Wars turned out to be a time marked by setbacks.

Therapy had to change, medical resources ran short, and military hospitals were set up at the same time. What is more, Nazism influenced education and training as well as surgical decisions since the early 1930s.

Against this background, the thesis compares treatment of surgical patients during the pre-war years and the Second World War. For this purpose, 900 patients' records of the Marburger Chirurgische Klinik have been evaluated, covering the years 1928, 1940/41 and 1944 with 300 records for each year. Contemporary sources have been used to complete and verify the results.

Due to an increasing acceptance of hospitals, a growing number of citizens with health insurance and better surgical conditions more and more patients sought treatment, causing the Marburger Chirurgische Klinik to expand several times. Between 1928 and 1944 Rudolf Klapp was tenured clinical professor of the faculty that was partly damaged by two air raids during the Second World War. Influenced by Nazi ideology surgical hospitals - as was the case in Marburg - forcibly sterilized men according to the Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Law for the Prevention of Hereditarily Diseased Offspring). Moreover, people were asked to name any hereditary diseases such as deformities, nervous or mental diseases or alcoholism on admission to the hospital.

On the basis of the analyzed records it becomes clear that hospital care in Marburg underwent drastic changes during the war caused by a lack of doctors, nursing staff and beds as well as wartime destruction. However, primary care was always provided. In total, more men than women were treated in the period examined (percentage of women: 37,3-45%). During war the percentage of female patients increased as a lot of men were called up for military service. Patients were mostly between 16 and 50 years old. Most of the hospitalized patients lived in the rural area around Marburg. The majority had compulsory health insurance or their family members were covered.

Not only civilians but also forced laborers from the camps close to Marburg were admitted to hospital. Although they received the same necessary treatment, they were discharged more quickly or were sent back to their home countries when their ability to work could not be guaranteed. The surgeons took the medical history and performed a physical examination of all patients. During war special attention was paid to infectious or hereditary diseases, but patients history was quite short due to a lack of physicians. Patients' nutritional condition and energy levels were rather good even in 1944 as there

was a constant food supply in and from the Marburg area. Civilians' clinical pictures did not change during war except for injuries caused by bombs and gunshots. However, only patients who needed urgent treatment were admitted. As expected the average stay in hospital dropped to a length of roughly three days. This was due to a lack of beds since parts of the clinic were destroyed and beds for civilians were needed for soldiers.

48,6 to 61 percent of patients were operated in the fields of visceral surgery, orthopedics or urology under local or - more often - under general anesthesia. There seemed to be no lack of typical narcotics like ether and chloroethyl ether during war. Conservative therapies included immobilization, wound care and remedial gymnastics. The latter being particularly important to Prof. Klapp who developed his own therapeutic exercises. Therapy was modern and adequate for a university hospital. Blood and urine tests as well as X-ray treatments were considered the norm. The doctors predominantly called for bone X-rays, but also fluoroscopy and pyelography were performed regularly. X-ray machines did not always work during war and there were frequent blackouts. Also, the outpatient clinic had more recall appointments as patients were discharged earlier. The mortality rate increased from the beginning of the war until the end due to severe diseases or injuries. Autopsies of the deceased were mostly performed in the Institute of Pathology.

Marburg surgeons and doctors elsewhere certainly contributed to support and prolong the war by continuously providing primary care for civilians and soldiers. Of particular note is Prof. Klapp who was *Beratender Chirurg* (Consulting Surgeon) in both world wars. He conducted research in the field of war surgery and the procedures he developed (e.g. wire extension) were mainly influenced and promoted by his war experience. In the 1930s, the senior physician Hans Boeminghaus tested surgical techniques for male sterilization at the Marburg hospital and then used them to forcibly sterilize "feeble-minded" men. Klapp tried to keep the doctors in Marburg for patient care, but some of them were called up for military service during the war years. Moreover, they had to support the reserve military hospital. The Marburg surgeons were all *Fördernde Mitglieder der SS* (SS Patron Members) and were sometimes also members of other Nazi organizations like the NSDAP (National Socialist German Workers' Party) or the NSDÄB (National Socialist German Physicians' League).

18 Literaturverzeichnis

18.1 Archivalien

Bundesarchiv Berlin (BA) Bestand (Best.) 49.01 Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Bd. 2, Spezialia: Marburg Universitätssachen Nr. 1973 Abt. X Nr. 2: Chirurgische Klinik 1935- 1938

BA Best. 49.01 Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Bd. 2, Spezialia: Marburg Universitätssachen Nr. 1974 Abt. X Nr. 2: Chirurgische Klinik 1938- 1944

BA Berlin Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung Bd. 2 Best. R 4901 Nr. 2082: Marburg Universitätssachen Nr. 2082 Abt. X Nr. 2: Chirurgische Klinik. Bau und Reparaturen

BA, Best. 49.01, Bd. 2, Nr. 2003, Abt. X No. 38: Allgemeine Angelegenheiten der Kliniken 1934- 1938

BA, Best. 49.01, Bd. 2, Nr. 2004, Abt. X No. 38: Reservelazarette I, II und III

Geheimes Staatsarchiv preußischer Kulturbesitz (GStPK), Finanzministerium Einzelresort I. HA. Rep. 151 I C Nr. 6582: Universitäten allgemein

GStPK, Best. I. HA. Rep. 76 Nr. 957 Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung Bd. 2 Best R 4901 Nr. 2082: Übersicht Bedarf Angestellte und Arbeiter der Universität Marburg

Hessisches Staatsarchiv Marburg (HStAM) Best. 336/1 Nr. 152: Liste der eingetroffenen zehn Ostarbeiterinnen 1942

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004, IV. B 1. Eheschließungen, Ehescheidungen, Geborene und Gestorbene 1895-1945

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, Bevölkerung und Wirtschaft 1872- 1972, VII. 4. Erwerbspersonen und Erwerbsquoten nach Altersgruppen und Familienstand

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, Bevölkerung und Wirtschaft 1872- 1972, VII. Erwerbstätigkeit 6. Erwerbstätige nach Stellung im Beruf

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, III. Gesundheitswesen 1914- 1971 1.a) Erkrankungen an ausgewählten meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten Grundzahlen

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, III. Gesundheitswesen 1892- 1971 2.a) Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen Grundzahlen

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, III. Gesundheitswesen 1876- 1970 4. Hebammen, Krankenschwestern- und pfleger

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, III. Gesundheitswesen 1877- 1970 5. Krankenhäuser, Betten und Kranke

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, XIV. Öffentliche Sozialleistungen 1885- 1955 1. Soziale Krankenversicherung

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010, XIV. Öffentliche Sozialleistungen 1891- 1956 3. Invalidenversicherung

Universitätsarchiv Marburg (UniA Marburg) Best. 305a Acc. 1975/79 Nr. 3: Ministerielle Verfügungen bei Ausbruch des Krieges

UniA Marburg Best. 305a Acc. 1975/79 und 1976/19 Nr. 778

UniA Marburg Best. 305a Acc. 1975/79 und 1976/19 Nr. 935: Terrorangriff am 22. Februar 1944 auf Marburg/Lahn

UniA Marburg Best. 305a Acc. 1976/19 Nr. 3474: Personalakte Hans Boeminghaus 1928-1939

UniA Marburg Best. 305a Acc. 1992/55 Nr. 4319: Nebenakte Klapp

UniA Marburg Best. 305a Acc. 1992/55 Nr. 4445: Personalakte Oskar Wiedhopf

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 182: Personalakte Rudolf Klapp 1937-53

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 193: Habilitations- und Personalakte Johannes Baumann 1932-1944

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 194: Umhabilitation und Personalakte Hans Boeminghaus

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 221: Habilitations- und Personalakte Curt Hempel 1937-38

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 232: Habilitations- und Personalakte Alexander Studemeister 1944-47

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 284: Habilitations- und Personalakte Oskar Wiedhopf 1923-50

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 318: Habilitations- und Personalakte Hans- Joachim Lauber 1935-59

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 321: Habilitations- und Personalakte Felix Mondry 1941-1958

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 359: Verhandlungen über die Nachfolge Klapp 1940-45

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 640: Unabkömmlichkeitsstellung von Dozenten 1939-44

UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 668: Übersichten über den ärztlichen Personalbestand an den Kliniken und Instituten 1944/45

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 660: Bettenzahlen der Kliniken Stand Februar 44

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 1006: Kurator der Universität Marburg an Reichsstatthalter in Hessen 1939

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 1017: Um- und Erweiterungsbau der Chirurgischen Klinik 1944-52

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 1019: Um- und Erweiterungsbau der Chirurgischen Klinik 1935-40

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 2000/2001: Akten betr. die Chirurgische Klinik 1930-39

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 2001: Chirurgische Klinik 1930-1939; Sonderkassenanschlag 1939

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 715: Kurator der Universität Marburg an die Industrie- und Handelskammer in Kassel

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 716: Unabkömmlichkeitsstellung von Angehörigen der Universität Marburg

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 717: Verleihung des Kriegsverdienstkreuzes und der Kriegsverdienstmedaille sowie des Ehrenzeichens für deutsche Volkspflege 1940-44

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 718: Kriegswirtschaftsverordnungen und Kriegsmaßnahmen 1943

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 719: Unabkömmlichkeitsstellung von Angehörigen der Universität Marburg

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 871: Luftschutz, Ausweichunterkünfte für die Marburger Universitätskliniken im Katastrophenfall, Landrat Krawielitzki am 22.8.43 an Regierungspräsident, Blatt 86

UniA Marburg Best. 310. Acc. 1975/42 Nr. 872: Kriegswirtschaftsverordnungen, Kriegsmaßnahmen

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 932: Krankenschwestern bei den Universitätskliniken 1926- 1930

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 968: Oberinspektor Backhaus an den Universitätskurator 1939

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1975/42 Nr. 2001: Chirurgische Klinik 1930- 1939

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4309, Bd. 2

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4309, Bd. 4: Schriftwechsel über den Terrorangriff auf die Marburger Universitäts- Kliniken und Institute am 22.2.1944

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4310 BI. 288: Die Universitätskliniken 1939-46

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4370: preußische Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung an den Herrn Universitätskurator 1934

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1983/15 Nr. 4372: Übersicht über den Stand der Krankheiten in den Preußischen Universitätskliniken im Kalenderjahr 1936, 1937, 1938, 1941

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1992/55 Nr. 6264: Personalakten Klapp, Personalunterlagen Klapp

UniA Marburg Best. 310 Acc. 1992/55 Nr. 6504: Personalakte Oskar Wiedhopf

18.2 Primärliteratur, Zeitgenössische Zeitschriftenartikel

Alexander, Hanns: Die Prognose der Lungentuberkulose, in: DMW, 66. Jg., Heft 41 (1940), S. 1128-1132

Anda, Tibor: Die Wirkung des Dolantin in der chirurgischen Schmerzstillung, in: ZblCh, 69. Jg., Heft 1 (1942), S. 8-10

Arima, R.: Wesen und Bedeutung des Tuberkulosevakzins AO, in: DMW, 59. Jg., Heft 30 (1933), S. 1166-1168

Arnold, A.: Der Einfluß der Leibesübungen auf den wachsenden und erwachsenen Körper, in: DMW, 59. Jg., Heft 32 (1933), S. 1236-1238

Ascher, L.: Direkte oder indirekte Tuberkulosebekämpfung, in DMW, 54. Jahrgang Nr. 21 (1928), S. 883- 884

Ascher, L.: Die Volksgesundheit während der Wirtschaftskrise, in: DMW, 59. Jg., Heft 9 (1933), S. 336-337

Bahls, G.: Über Fragen der Behandlung von Querschnittslähmungen, in: DZC, Band 258 (1944), S. 329-341

Balazsy, Desider: Die Feststellung des Grundumsatzes durch das Tatra-Normogramm, in: DMW, 59. Jg., Heft 37 (1933), S. 1433-1434

Bansi, H. W.: Fortlaufende Gasanalysen mittels eines auf physikalischen Prinzipien beruhenden Apparates, in: DMW, 59. Jg., Heft 19 (1933), S. 729-730

Banzer, Georg: Arzneiversorgung im Kriege, in: DMW, 68. Jg., Heft 10, (1942), S. 237-240

Baumann, Johannes: Zur Röntgendarstellung des Pneumoperitoneums, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 9 (1943), S. 333-339

Baumgartner, Wolfgang: Konservative Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs, in: DC, 12. Jg., Heft 23 (1940), S. 699-703

Bay, E.: Die Diagnose der Commotio cerebri, in: DMW, 66. Jg., Heft 12 (1940), S. 312-316

Beck, A.: Kritische und praktische Bemerkungen zu Fragen der Bluttransfusion und Spender-Organisation, in: DC, 13. Jg., Heft 20 (1941), S. 593-603

Belz, W.: Beitrag zur Ersparnis von Jodtinktur und verwandten Mitteln bei der Hautdesinfektion, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 15 (1940), S. 666-667

Bessin, A.: Bassinische Leistenbruchoperation in der Modifikation nach Kirschner, in: DMW, 59. Jg., Heft 40 (1933), S. 1556

Bier, August: Rudolf Klapp zum 70. Geburtstage, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 7 (1943), S. 228-230

- Birkenfeld, Werner: Zur Erbllichkeit der Leistenbruchanlage, in: DC, 1. Jg., Heft 3 (1929), S. 120-125
- Blomfield, J.: Krampfstände bei der Äthernarkose, in KW, 11. Jg., Heft 13 (1932), S. 575
- Boeminghaus, H./ Kochmann, M.: Über quantitative Unterschiede in der Wirkung der Lokalanästhetika auf sensible und motorische Nerven, in: Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology, Volume 141, Number 3/4 (1929), S. 237-245
- Boeminghaus, Hans: Zur Technik der Sterilisation beim Mann, in: DMW, 59. Jg., Heft 40 (1933), S. 1527- 1528
- Boeminghaus, Hans: Zur Sterilisationsoperation, in: ZblCh, 62. Jg., Heft 1 (1935), S. 9-20
- Boenheim, Felix: Über Unterernährung, in: DMW, 59. Jg., Heft 8 (1933), S. 296-298
- Böhler, Lorenz: Der Anstrich des Operationssaales, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 51 (1928), S. 3214
- Boshamer, Kurt: Untersuchungen über die Einwirkung von Äthernarkosen auf die Leberfunktion, in: KW, 7. Jg., Heft 10 (1928), S. 445-447
- Bouwers, A.: Verkürzung der Aufnahmezeit durch eine neue Belastungsmethode, in: DMW, 59. Jg., Heft 51 (1933), S. 1909
- Breger, Johannes: Arbeiten und Veröffentlichungen der Hygieneorganisation des Völkerbundes, in: DMW, 59. Jg., Heft 52 (1933), S. 1931-1934
- Brieger, Ernst: Zur Krise des Heilverfahrens bei Tuberkulose, in: DMW, 59. Jg., Heft 22 (1933), S. 854-856
- Brühl, Wilhelm: Die Diätbehandlung des Ulkus und der Gastritis im Kriege, in: DMW, 68. Jg., Heft 48 (1942), S. 1166-1168
- Brunn, Walter v.: Der Krieg als Lehrmeister der Chirurgie. Kriegschirurgischer Ratgeber, München, Berlin 1941
- Brunn, Walter von: Geschichte der Chirurgie, Bonn 1948
- Büttner, H. E.: Röntgenreihenuntersuchungen verschiedener Betriebe und Berufsgruppen in einer ostdeutschen Großstadt, in: DMW, 70. Jg., Heft 21/22 (1944), S. 314-315
- Conti, Leonardo: Zum dritten Kriegsjahre!, in: DMW, 68. Jg., Heft 4 (1942), S. 97
- Cutschmann, W.: Über den Beginn der Lungentuberkulose, in DMW, 59. Jg., Heft 29 (1933), S. 1127- 1130
- Dennig, H.: Die Prognose der Hyperthyreosen und des Morbus Basedow, in: DMW, 66. Jg., Heft 46 (1940), S. 1275-1276
- Deutsche Medizinische Wochenschrift, 54. Jahrgang Nr. 13, 30. März 1928, Tuberkulose-Merkblatt, Arbeitsgemeinschaft für die Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin, S. 529
- Deutsche Medizinische Wochenschrift, 66. Jg., Heft 21 (1940), Werbeanzeige, S. 18
- Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 257 (1943), Inhaltsverzeichnis S. IV- V.

- Dohrn, Max/ Diedrich, Paul: Ein neues Röntgenkontrastmittel der Gallenblase, in: DMW, 66. Jg., Heft 41, (1940), S. 1133-1134
- Döllner, M.: Der „Schenkelbau“ und anderes vom Krankenhauswesen, in: DMW, 59. Jg., Heft 31 (1933), S. 1213-1214
- Domanig, E.: Zum Technischen der Blutkonservierung, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 29 (1940), S. 1332-1337
- Duftschnid, Erwin: Über die Radikaloperation der Umbilicalhernien und ihre Erfolge unter besonderer Berücksichtigung der Lappenplastik nach Brenner, in: DZC, Band 210 (1928), S. 347-353
- Eicke, H.: Die ambulatorische Lumbalpunktion, in: Archives of Dermatological Research, Volume 155, Number 1 (1928) S. 136-138
- Einhorn, Max: Die Gährungsprobe zum qualitativen Nachweise von Zucker im Harn, in: Virchows Archiv, Volume 102, Number 2 (1885), S. 266- 268
- Emde, Hermann/ Christ, Andreas: Ein einfaches Mittel zum Abnehmen von Gipsverbänden, in: DC, 1. Jg., Heft 8 (1929), S. 358-360
- Ernst, Wolfgang: Krankenbehandlung im Sanatorium, in: DMW, 68. Jg., Heft 2 (1942), S. 42-45
- Esau: Das Blutbild zur Unterscheidung von Paratyphus B und Appendizitis, in: DMW, 54. Jg., Heft 19 (1928), S. 779-781
- Finkenrath, Kurt: Die obligatorische Krankenversicherung, in: DMW, 54. Jg., Heft 28 (1928), S. 1175-1176
- Finkenrath, Kurt: Rationalisierung der Krankenversicherung vom Standpunkt der Krankenkassen, in: DMW, 54. Jg., Heft 45 (1928), S. 1893-1894
- Finkenrath, Kurt: Reformpläne in der Deutschen Krankenversicherung, in: DMW, 54. Jg., Heft 32 (1928), S. 1344-1345
- Finkenrath, Kurt: Reichstag und Krankenversicherung, in: DMW, 54. Jg., Heft 42 (1928), S. 1764-1765
- Fischer, A. W.: Über den Entschluß zum operativen Eingriff, in: DMW, 66. Jg. Heft 13 (1940), S. 349-351
- Föderl, Viktor: Die Anwendung des Evipan- Natrium für Narkose, Rausch und Dämmerschlaf in der Geburtshilfe und Gynäkologie, in: Archives of Gynecology and Obstetrics, Volume 163, Number 1 (1937), S. 123-137
- Förster, Walter: Eine Blinddarmoperationsstatistik, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 49 (1928), S. 3075-3077
- Franz, Carl: Lehrbuch der Kriegschirurgie, Berlin 1936
- Freienstein, Waldemar: Die intravenöse Avertinnarkose nach Kirschner, in: KW, 9. Jg., Heft 16 (1930), S. 742-744
- Fuss, H.: Über Störungen des Kohlenhydrathaushaltes bei der Äthernarkose, in: KW, 9. Jg, Heft 9 (1930), S. 410

Geissendörfer, Rudolf: Die postoperativen tödlichen Lungenembolien der Chirurgischen Universitätsklinik Göttingen in den Jahren 1919- 1928, in: KW, 9. Jg., Heft 16 (1930), S. 737-740

Gillert, Ernst: Die Kampfstoffkrankungen, Berlin-Wien 1944

Göbbels, Hans: Arzt und Private Krankenversicherung. Wesen, Geschichte und Bedeutung der deutschen privaten Krankenversicherung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt ihrer Beziehungen zum Arzt, Berlin 1940

Goetze, O: Ergebnisse mit dem neuen Hautdesinfektionsmittel „Dibromol“, in: DMW, 66. Jg., Heft 31 (1940), S. 853

Gold, E.: Richtlinien der Frakturenbehandlung, in: DZC, Band 211 (1928), S. 118-134

Gold, E.: Die Originalmethode der Bassinischen Leistenbruchoperation, in: DMW, 59. Jg., Heft 9 (1933), S. 352

Goldhahn, Richard: Furunkelbehandlung, in: DMW, 66 Jg., Heft 10 (1940), S. 265-267

Grevillius, A.: Über Appendicitis bei älteren Patienten, in: DC, 13. Jg., Heft 11 (1941), S. 341-349

Griesbach, R.: Ernährungszulage bei Tuberkulose im Kriege, in: DMW, 68. Jg., Heft 5 (1942), S. 119-120

Griessmann, Bruno: Gefahren der Lokalanästhesie und Vorschläge zu ihrer Verhütung, in: European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck, Volume. 139, Number 1 (1935), S. 109-110

Gundel, M.: Häufigkeit der Appendizitis, in: DMW, 59. Jg., Heft 52 (1933), S. 1941

Hamperl, H.: Über Veränderung von Krankheiten im Laufe der Zeit, in: DMW, 68. Jg., Heft 16 (1942), S. 408- 411

Handloser, S.: Innere Wehrmedizin, Dresden/ Leipzig 1944

Hanke, Hans: Über die Anzeige zur Lumbalpunktion bei Schädelverletzungen, in: KW, 14. Jg., Heft 16 (1935), S. 577-579

Hatzmann, Erich: Ein Beitrag zur Therapie der postoperativen Lungenkomplikationen, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 3 (1940), S. 217-220

Heim, W: Die Indikation zur Nagelung des medialen Schenkelhalsbruches, in: DMW, 68. Jg., Heft 2 (1942), S. 36-39

Heimann, Fritz: Technik und Biologie der Röntgenbestrahlung, in: KW, 3. Jahrgang, Heft 32 (1924), S. 1436-1438

Helm: Organisation der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland, in: DMW, 54. Jg., Heft 21 (1928), S. 880-883

Hempel, Curt: Die Heilgymnastik in der Behandlung der Wirbelbrüche, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 9 (1941), S. 324-326

- Hempel, Curt: Zur Behandlung komplizierter Knochenbrüche, in: DZC, Band 258 (1944), S. 103-106
- Henning, N./ Beck, A.: Liquordiagnostik am Eintrocknungsbild, in: KW, 13. Jg., Heft 7 (1934), S. 251-252
- Henning, N./ Czerwensky, A.: Das „Kriegsulkus“, eine neue und kriegsbedingte Form des Ulcus pepticum, in: DMW, 70. Jg., Heft 31/31 (1944), S. 439-442
- Henning: Diagnostisch- therapeutische Fragen bei Magenerkrankungen, in: DMW, 68. Jg., Heft 29 (1942), S. 733
- Henseler, Hans/ Fritsch, E.: Einführung in die Diathermie vom medizinischen und technischen Standpunkt, Berlin 1929
- Herfarth, H.: Über ein flüssiges, materialsparendes Verbandsmittel für Operationswunden, in: DC, 16. Jg., Heft 7/10 (1944), S. 167-168
- Hildebrandt, F.: Über den Einfluss der Kurzwellen, der Diathermie und des Fango auf den Histamingehalt im Blut und Gewebe, in: KW, 10. Jg., Heft 12 (1940), S. 270-271
- Hintze Arthur: Mammacarcinomrezidive, nach Röntgenbestrahlung 5 Jahre und mehr klinisch geheilt, in: KW, 1. Jahrgang, Heft 44 (1922), S. 2187-2188
- Hirsch, Caesar: Über den heutigen Stand der Lokalanästhesie im Gebiet des Ohres und der oberen Luft- und Speisewege, in: KW, 4. Jg., Heft 22 (1925), S. 1068-1072
- Hitze/ Dieck: Die Unfallversicherung, M. Gladbach 1907
- Hoffmann: Alkoholkipper. Zur Desinfektion der Hände im Operationssaal, in: DC, 1. Jg., Heft 9 (1929), S. 431-432
- Hohmann, G.: Die orthopädische Nachbehandlung von Knochenbrüchen, in DMW, 54. Jg., Heft 14 (1928), S. 575-578
- Hollenbach, F.: Die intravenöse Narkose mit Eunarcon und Evipan, in: KW, 17. Jg., Heft 35, (1938), S. 1230-1232
- Ickert: Die Betreuung der Tuberkulösen während der Wartezeit bis zur Einberufung in die Heilstätte, in: DMW, 68. Jg., Heft 23 (1942), S. 590-591
- Iwanoff, Th.: Über eine Schnellmethode zur Ermittlung des Eiweißgehaltes im Harn, in: DMW, 66. Jg., Heft 39 (1940), S. 1082
- Jacob, L.: Ein Fall von Röntgenschädigung, in: DMW, 54. Jg., Heft 5 (1928), S. 196-197
- Japha, Alfred: Soll man jede Blinddarmentzündung operieren?, in: DMW, 54. Jg., Heft 20 (1928), S. 820-821
- Jaster, Willi: Die Chirurgie und der Vierjahresplan, Dissertation Universität Marburg 1938
- Jessen, H.: , Zur therapeutischen Anwendung von Dolantin, in: DMW, 66. Jg., Heft 40 (1940), S. 1398-1399
- Jones, Bence: Zucker im Urin, in: Journal of Analytical Chemistry, Band 1 (1862), S. 127-128

Jung, G.: Gefahren der Lokalanästhesie, in: European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck, Volume 129 (1931), S. 307-308

Käfer, Hans: Feldchirurgie, Dresden/ Leipzig 1943

Kafka, V.: Der heutige Stand der Liquordiagnostik, in: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band 163 (1950), S. 564- 576

Katzenstein, M.: Die Behandlung der Knochenbrüche, in: DMW, 54. Jg., Heft 14 (1928), S. 570-575

Kärber, G.: Methodischer Beitrag zur experimentellen Äthernarkose. (Ätherbestimmung und Ätherdosierung), in: Naunyn-Schmiedebergs Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie Volume 160, Number 3-4 (1931), S. 428-439

Kaufmann, O./ Hertel, H.: Klinisch- bakteriologische Untersuchungen über das neue Desinfektionsmittel „Quartamon“, in: DC, 12. Jg., Heft 22 (1940), S. 674-679

Keil, Werner/ Hepp, Georg: Über Verstärkung der Lokalanästhetika durch Morphinum, in: Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology, Volume 179, Number 2-5 (1935), S. 420-424

Kirschner, Martin: Eine in etwa 4500 Fällen verwendete Abart der Bassinischen Leistenbruchoperation, in: DMW, 59. Jg., Heft 40 (1933), S. 1556

Kirschner, Martin: Zur Frage der Operationsduldungspflicht der Wehrmachtsangehörigen, in: DC, 12. Jg., Heft 13 (1940), S. 371-378

Kirschner, M.: Beinlagerungsschienen, in: DC, 13. Jg., Heft 8 (1941), S. 225-236

Klapp, Bernhard: Gibt es außer der Lumbalpunktion noch Möglichkeiten, auf den Hirnprolaps einzuwirken?, in: DZC, Band 257 (1943), S. 712-717

Klapp, Bernhard: Über einige Verbände der Marburger Klinik, in: DZC, Band 257 (1943), S. 707-711

Klapp, Rudolf: Operieren, in: DMW, 59. Jg., Heft 20 (1933), S. 786

Klapp, Rudolf/ Rückert, Wolfgang: Die Drahtextension, Stuttgart 1937

Klapp, Rudolf: Behandlung des Gesichtsfurunkels, in: DMW, 66. Jg., Heft 44 (1940 a), S. 1229

Klapp, Rudolf: Bemerkungen zur erweiterten Operationspflicht des Soldaten, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 13 (1940 b), S. 559-561

Klapp, Rudolf: Mein Beitrag zur Kriegschirurgie, in ZblCh, 67. Jg., Heft 2 (1940 c), S. 51-78

Klapp, Rudolf: Zur Behandlung des Gesichtsfurunkels, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 35 (1940 d), S. 1618-1619

Klapp, Rudolf: Praktische Ergebnisse biologischer Denkungsweise in der Chirurgie, in ZblCh, 70. Jg., Heft 15 (1943), S. 517-531

Klapp, Rudolf/ Rückert, Wolfgang: Die Drahtextension in der Friedens- und Kriegschirurgie, Anleitung zum praktischen Gebrauch, Stuttgart 1944

- Klapp, Wolrad: Beitrag zur Entwicklung der Behandlung der typischen Radiusfraktur, in: DZC, Band 257 (1943 a), S. 702-706
- Klapp, Wolrad: Weitere Mitteilung über die Beckenschwebelagerung, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 9 (1943 b), S. 313-315
- Kleiber, N.: Zur Frage der peroralen Darstellung der Gallenblase, in: DMW, 66. Jg., Heft 41 (1940), S. 1134-1135
- Klövekorn, G. H./ Profitlich, P.: Ueber die bei Durchleuchtungen und Aufnahmen verabfolgten Röntgenstrahlenmengen, in: DMW, 54. Jg., Heft 22 (1928), S. 919-920
- Koch, Johannes: Kritische Bemerkungen über den Wert von Cocain- und Adrenalin-Ersatzmitteln für die Lokalanästhesie auf Grund vergleichender Versuche, in: Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, Volume 134, Number 75-82 (1933), S. 75-82
- Kohlrausch, Wolfgang: Die Verwendung des Klappschen Kriechens in der Inneren Medizin, in: DZC, Band 257 (1943), S. 449-454
- Koleszár, L.: Meine mit Metall-Magnesium bzw. Magnesium-Mangan erzielten Heilerfolge in der Behandlung der Gelenk- und Knochentuberkulose, in: ZblCh, Heft (1943), S. 108-115
- Körbler, Georg: Die Äthernarkose mit der Maske nach Ombrédanne, in: DC, 1. Jg., Heft 21 (1929), S. 965-968
- Kowarschik, J.: Das Anwendungsgebiet der Diathermie, in: KW, 1. Jahrgang, Heft 2 (1922), S. 72-75
- Krech, W: Spezielle Arzneibehandlung, insbesondere die Chemotherapie in der Chirurgie, in: DMW, 54. Jg., Heft 47 (1928) S. 1966-1971
- Kreglinger, G.: Zur Wahl der Betäubungsverfahren im Krieg und Frieden, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 25 (1940), S. 1153-1159
- Kulenkampff, D.: Zur Abkürzung der Krankenhausbehandlung, in: DMW, 70. Jg., Heft 35/36 (1944), S. 501-503
- Kümmell, Hermann: Der moderne Operationsraum in Deutschland und Nordamerika, in: DC, 1. Jg., Heft 11 (1929), S. 497-506
- Lachmann, E./ Stubbe, H.: Über die Abhängigkeit der durch Röntgenstrahlen ausgelösten Genmutationen von der Strahlenqualität und -quantität, in: DMW, 59. Jg., Heft 31 (1933), S. 1203-1204
- Lauber, Hans- Joachim/ Bersin, Theodor/ Nafziger, Helmut: Der Ascorbinsäurebedarf bei chirurgischen Infektionen, in: KW, 16. Jg., Heft 37 (1937 a), S. 1274-1276
- Lauber, Hans- Joachim/ Bersin, Theodor/ Nafziger, Helmut: Der Einfluss von Narkose und Operation auf den Vitamin C- Haushalt, in: KW, 16. Jg., Heft 37 (1937 b), S. 1272-1274
- Lauber, Hans- Joachim/ Nafziger, Helmut/ Bersin, Theodor: Frakturen und Vitamin-C-Haushalt, in: KW, 16. Jg., Heft 38 (1937 c), S. 1313-1315
- Lauber, Hans Joachim: Die differentialdiagnostische Bedeutung des intravenösen Pyelogramms bei dem Krankheitsbild der akuten und chronischen Appendicitis, in: ZblCh, 69. Jg., Heft 2 (1942 a), S. 53-57

- Lauber, Hans Joachim: Vermeidbare Gefahren bei der retrograden Pyelographie, in: ZblCh, 69. Jg., Heft 9 (1942 b), S. 343-344
- Lauber, Hans Joachim/ Klapp, Bernhard: Beitrag zur Geschichte und Anwendung der Drahtextension, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 8 (1943 a), S. 279-291
- Lauber, Hans Joachim: Das intravenöse Pyelogramm beim Steinleiden, in: DZC, Band 257 (1943 b), S. 621-638
- Lauber, Hans Joachim: Konservatismus in der Behandlung der akuten Osteomyelitis der langen Röhrenknochen, in: DC, 15. Jg., Heft 18 (1943 c), S. 540-542
- Lauber, Hans Joachim: Zur Behandlung akuter gonorrhoischer Arthritiden mittels Rivanolumspritzen nach R. Klapp, in: DZC, Band 257 (1943 d), S. 392-395
- Lauber, Hans Joachim/ Rein, A.: Beitrag zur Pathogenese der Epiphysiolysis capitis femoris, in: DZC, Band 257 (1943 e), S. 396-406
- Lauber, Hans Joachim: Die Behandlung der Varicen mit multiplen subcutanen Discisionen, in: DZC, Band 258 (1944), S. 1-5
- Lauber, Hans Joachim/ Studemeister, Alexander: Über die Behandlungsergebnisse komplizierter Frakturen, in: Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, Volume 44, Number 2 (1950), S. 135-154
- Lenk, Emil: Schnellmethoden zur quantitativen Bestimmung von Eiweiß und Zucker im Harn, in: Zeitschrift für angewandte Chemie, Band 1 (1917), S. 47-48
- Leyden, Ernst von/ Klemperer, Felix: Die deutsche Klinik, Am Eingang des zwanzigsten Jahrhunderts, VIII. Band Chirurgische Vorlesungen, Berlin, Wien 1905
- Lochmüller, Hanna: Die Klappschen Kriechübungen, Ein methodischer Leitfaden für die Schule, Leipzig und Berlin 1925
- Löhr, W.: Ueber die praktische Behandlung des Furunkels und Karbunkels, in: DMW, 54. Jg., Heft 1 (1928), S. 12-14
- Marbe, Karl: Die Eignung für die Chirurgie, Orthopädie und Zahnheilkunde, in: DZC, Band 208 (1928), S. 289-317
- Martin, B.: Unsere heutige Kenntnis des Avertins und seine praktische Verwendung, in: DMW, 54. Jg., Heft 49 (1928), S. 2068-2070
- Matthias, Eugen: Lehrbuch der Heilgymnastik, München/ Berlin 1937
- Merke, F.: Die Bedeutung der Grundumsatzbestimmung für Diagnose und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen, in: DZC, Band 210 (1928), S. 36-131
- Merke, F.: Die Vor- und Nachbehandlung bei Basedowoperationen, in: DC, 1. Jg., Heft 4 (1929), S. 153-159
- Meyer: Über einen Todesfall in Äthernarkose und den Ätherrausch, in: Deutsche Zeitschrift für die gesamte Gerichtliche Medizin, Heft 7 (1926), S. 461-470
- Mondry, Felix: Mobilisierung (Metacarpolysis, Phalangisation) des Metacarpale I beim Daumenverlust, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 9 (1943), S. 330-332

Müller, Hans C.: Die Blutzuckerkurve in der Äthernarkose, in: European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, Volume 133, Numer 3 (1932), S. 169-180

Müller-Schwelm, Ernst: Zur Behandlung der Commotio und Contusio cerebri, in: ZblCh, 69. Jg., Heft 5 (1942), S. 259-267

Naujoks, Hans/ Boeminghaus, Hans: Die Technik der Sterilisierung und Kastration, Stuttgart 1934

Nestmann, Friedrich: Klinisches und Pharmakologisches zur Avertinnarkose, in: KW, 7. Jg., Heft 40 (1928), S. 1901-1904

Nissen, Karl: Fortschritte der durch die Cholezystographie gegebenen diagnostischen Befunde von Morphologie und Funktion des Gallengangsystems, insbesondere der Gallenblase, in: DMW, 59. Jg., Heft 45 (1933), S. 1704-1707

Novák, E. v.: Über den Zeitpunkt des chirurgischen Eingriffes, in: DZC, Band 258 (1944), S. 281-292

Oberniedermayr, A.: Zur Frage der Behandlung der sog. Chirurgischen Tuberkulose unter besonderer Berücksichtigung der im Röntgenbild nachweisbaren Veränderungen, in: DZC, Band 207 (1928), S. 22-41

Paech/ Trembur: Ärzte und Eheschließung, in: DMW, 68. Jg., Heft 2, (1942), S. 44-45

Palesó, V.: Über die Ursachen des nach Lumbalpunktion auftretenden Meningismus, in: Journal of Neurology, Volume 109, Number 1-2 (1929), S. 71-76

Pannewitz, G. v.: Röntgentherapie der Arthritis deformans, in: DMW, 59. Jg., Heft 16 (1933), S. 614-616

Paul, Fritz/ Windholz, Franz: Über den Tod durch Fettembolie, in: KW, 4. Jg., Heft 36 (1925), S. 1722-1724

Petroff, S.A.: Gegen die Tuberkulose-Schutzimpfung, in: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung, Springer, Volume 77 (1931), Issue 2, S. 167-181

Pfützner, Hans: Tod nach Avertin-Narkose, in: KW, 8. Jg., Heft 9 (1929), S. 409-410

Pilcher, James T.: Die Avertinnarkose in der Chirurgie, in: Annals of Surgery, Volume 93, Number 2 (1930), S. 639-640

Porzelt, W.: Zur Prophylaxe der postoperativen Thrombose und Embolie, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 24 (1928), S. 1481-1482

Prausnitz, Carl: Die Arbeiten der Hygieneorganisation des Völkerbundes über den Einfluß der Weltkrise auf die Volksgesundheit, in: DMW, 59. Jg., Heft 18, (1933), S. 692-694

Prinzing: Die neue deutsche Sterbetafel, in: DMW, 54. Jg., Heft 42 (1928), S. 1763-1764

Raeschke: Zur Verbesserung der Äthernarkose mit Pernokton, in: KW, 7. Jg., Heft 21 (1928), S. 1014-1015

Reckzeh: Beobachtungen über den Krankenstand und die Krankenbehandlung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin, in: DMW, 54. Jg., Heft 30 (1928), S. 1258-1260

- Reimer, Othmar: Röntgengeschwüre, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 8 (1928), S. 478-481
- Richard, A.: Seltener Fund in einem Processus vermiformis, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 18 (1943), S. 637-638
- Riedel, Gustav: Der Wert der Gymnastik für die Orthopädie, in: DMW, 54. Jg., Heft 2 (1928), S. 59-61
- Ringleb, O.: Die ersten 50 Jahre der Arbeit mit dem Cystoskop, in: DC, 1. Jg., Heft 3 (1929), S. 126-129
- Rinneberg, Elisabeth: Die Entwicklung der sozialen Krankenhausfürsorge von ihren Anfängen bis zur Gegenwart, in: DMW, 59. Jg., Heft 2 (1933), S. 60-61
- Sauerbruch, Ferdinand/ Schmieden, Victor: Chirurgische Operationslehre (Bier/ Braun/ Kümmel) Band I. Allgemeine Operationslehre, Operationen an Kopf und Wirbelsäule, Leipzig 1933
- Sauerbruch, Ferdinand/ Schmieden, Victor: Chirurgische Operationslehre (Bier/ Braun/ Kümmel), Band IV Operationen bei Unterleibsbrüchen, am Mastdarm und an den Harn- und Geschlechtsorganen, Leipzig 1933
- Schanz, A.: Über Bruchbänder und Leibbinden, in: DC, 1. Jg., Heft 13 (1929), S. 594-601
- Scheidt, Rolf: Die physiologische Sequestrotomie nach Klapp, in: DZC, Band 258 (1944), S. 34-39
- Scheidt, Walter: Staatliche Gesundheitsfürsorge, in: DMW, 59. Jg., Heft 50 (1933), S. 1867-1869
- Schenck, E.: Diätetik im Kriege, in: DMW, 70. Jg., Heft 5/6 (1944), S. 68-70
- Schenk, Paul: Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Chloroformnarkose, in: KW, 2. Jg., Heft 32 (1923), S. 1507-1508
- Schenk, Paul: Die Wirkung der Chloroformnarkose auf den Körperhaushalt, in: Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology, Volume 99, Number 3/4 (1923), S. 206-214
- Scherer, E.: Die histologische Schnelluntersuchung während der Operation, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 32 (1940), S. 1477-1481
- Schiller/ Altschul: Erfahrungen über Wirbeltuberkulose, in: DMW, 59. Jg., Heft 37 (1933), S. 1449
- Schläger: Operation und Einwilligung, in: DMW, 66. Jg., Heft 45 (1940), S. 1249-1251
- Schliephake: Zur Kurzwellentherapie, in: DMW, 59. Jg., Heft 37 (1933), S. 1443-1444
- Schmieden, V.: Rudolf Klapp zu seinem 70. Geburtstage, in: ZblCh, 70. Jg., Heft 7 (1943), S. 228-230
- Schneider, Erich/ Kickelhayn, Rudolf: Untersuchungen zur Thrombose- und Embolieprophylaxe mit Heparin und Parathrodym, in: DZC, Band 257 (1943), S. 221-241
- Schneider, Erich: Zur Ätiologie und Behandlung der Prostatahypertrophie, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 12 (1940), S. 509-515

Schneider, Erich: Zur Frage der Schmerzbekämpfung auf oralem Wege, in: DMW, 66. Jg., Heft 16 (1940), S. 433-435

Schnitzer, R.: Chemotherapie, in: DMW, 54. Jg., Heft 21 (1928), S. 878-879

Schoen, Rudolf: Grenzen der internen Ulcusbehandlung, in: DC, 13. Jg., Heft 14 (1941), S. 409-413

Schoenlank, Liselotte: Das Versicherungsprinzip und das Fürsorgeprinzip in der deutschen Sozialversicherung, Berlin 1933

Schubert, E. v.: Ueber die Bedeutung einer ausreichenden Stromversorgung für Röntgeninstitute, in: DMW, 54. Jg., Heft 32 (1928), S. 1338-1339

Schultz, Werner: Der Nutzen des Blutbildes in der Chirurgie, in: DMW, 66. Jg., Heft 32 (1940), S. 881-882

Schultz, Werner: Aktivitätszeichen bei Lungentuberkulose in: DMW, 68. Jg., Heft 10 (1942), S. 241-245

Schumacher, P./ Adler, E.: Die intravenöse Evipan-Natrium- (E.Na.) Narkose in der Gynäkologie, in: KW, Jg. 12, Heft 25 (1933), S. 976-978

Siebeck, R.: Zur Diagnose und Therapie bei Ulkuskranke, in: DMW, 66. Jg., Heft 17 (1940), S. 449-452

Siebner, M.: Weitere Erfahrungen über das weiße Blutbild bei chirurgischen Erkrankungen, in: DZC, Band 208 (1928), S. 318-337

Simon, W. V.: Die Durchführung der Krüppelfürsorge, in: KW, 3. Jg., Heft 10 (1924), S. 411-414

Sonnenfeld, Arthur: Der Aufgabenkreis der Krankenhäuser bei der Bekämpfung der Lungentuberkulose, in: DMW, 54. Jg., Heft 51, (1928), S. 2154- 2148

Specht, Karl: Zum jetzigen Stande der Avertinnarkose, in: KW, 10. Jg., Heft 14 (1931), S. 650-654

Sperk, B.: Wurmfortsatz und Wurmfortsatzentzündung, in: DMW, 59. Jg., Heft 20 (1933), S. 785

Staemmler, M.: Hat sich das anatomische Bild der Tuberkulose im Kriege gewandelt?, in: DMW, 70. Jg., Heft 33/34 (1944), S. 470-473

Stahnke, Ernst: Unsere Erfahrungen mit „Satina“, in: DC, 12. Jg., Heft 1 (1940), S. 23-24

Stephan, Heinrich: Transportable Beckenschwebelagerung, in DMW, 70. Jg., Heft 33/34 (1944), S. 473-474

Stier- Somlo, Fritz: Zur Frage der Umgestaltung der Krankenversicherung, in: DMW, 54. Jg., Heft 41 (1928), S. 1724-1727

Stör, O.: Über Wundbehandlung mit fettfreien „Salben“, in: DC, 12. Jg., Heft 15 (1940), S. 444-452

Studemeister, Alexander: Beitrag zur operativen Nachbehandlung von Erfrierungsstümpfen am Fuß, in: DZC, Band 258 (1944), S. 49-54

Sydow, W.: Postoperative Lungenembolie und Wetter, in: ZblCh, 67. Jg., Heft 37 (1940), S. 1723-1729

Teschendorf, Werner: Neuere Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Gallenblasendiagnostik, in: DMW, 54. Jg., Heft 39 (1928), S. 1637-1639

Tonndorf, W.: Atemstillstand in Äthernarkose bei Eröffnung eines submandibularen Abscesses, in: European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck, Volume 149, Number 3/4 (1941), S. 554-558

Voigt, Heinz- Werner: Neuere Erfahrungen mit der Sulfanilamidtherapie in der Chirurgie, in: DMW, 70. Jg., Heft 7/8 (1944), S. 93-97

Wachtel, Heinrich: Über Depigmentation der Haut nach Röntgenbestrahlung, in: KW, 5. Jahrgang, Heft 18 (1926), S. 800-801

Waldeyer, L.: Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege auf Grund klinischer Erfahrungen an 571 operierten Patienten, in: DMW, 59. Jg., Heft 21 (1933), S. 802-804

Weicksel, Johannes: Krankheit und Arbeitsunfähigkeit in der Sozialversicherung, Leipzig 1943

Wenig, Kurt: Über Wurmbefunde in der Appendix. Vergleichende Untersuchungen zum Einfluß der Kriegsernährung, in: DC, 13. Jg., Heft 10 (1941), S. 315-318

Wiedhopf, Oskar: Die Bedeutung des Pylorusringmuskels bei der Operation des Pylorospasmus der Säuglinge (Ramstedtsche Operation), in: DZC, Band 257 (1943), S. 445-448

Wiedhopf, Oskar: Die Behandlung der Defektpseudarthrosen des Unterschenkels (Beseitigung der Verkürzung, Ausgleich der Deformität, Spaneinpflanzung) mit Hilfe des Distraktionsapparates nach Klapp, in: DZC, Band 258 (1944), S. 342-347

Wiedhopf, Oskar: Die Lokalanästhesie, ihr derzeitiger Stand, ihre Aufgabe und ihre Leistung, in: Langenbecks Archiv für Klinische Chirurgie, Volume 261 (1949), S. 496-512

Wilhelm, Theodor: Zur Frage der traumatischen Appendicitis, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 20 (1928), S. 1226-1229

Wolf, J. E.: Über den klinischen Wert des Stuhlnachweises von Tuberkelbazillen im Verlaufe der Lungentuberkulose, in: DMW, 68. Jg., Heft 26 (1942), S. 653-657

Wynen, Walter: Röntgenbestrahlung der Gelenktuberkulose durch den Gipsverband, in: ZblCh, 55. Jg., Heft 2 (1928), S. 68-69

Zapel, E.: Ergebnisse der ersten Reihenuntersuchungen in 4 Betrieben, in: DMW, 66. Jg., Heft 22 (1940), S. 601-605

Zentralblatt für Chirurgie, 70. Jg., Heft 7 (1943), S. 228

Zweifel, Paul: Zur Verhütung der postoperativen Lungenembolien, Archiv für Gynäkologie, Volume 111 (1919), S. 391- 412

Zweig, Walter: Repetitorium der Magenkrankheiten, Ulcus ventriculi, in: DMW, 54. Jg., Heft 39 (1928), S. 1637-1639

18.3 Sekundärliteratur

Alnor, Jens: Die Geschichte der Chirurgie in Hamburg- Eppendorf, Med. Dissertation Universität Hamburg 1985

Arias, Ingrid: Im Dienste der Volksgesundheit, Frauen- Gesundheitswesen-Nationalsozialismus, Wien 2006

Artelt, Walter/ Heischkel-Artelt, Edith/ Mann, Gunter: Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland, Göttingen 1976

Aumüller, Gerhard/ Grundmann, Kornelia/ Krähwinkel, Esther/ Lauer, Hans H./ Remschmidt, Helmut: Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, München 2001

Aumüller, Gerhard/ Grundmann, Kornelia/ Vanja, Christina: Der Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit, Marburg 2007

Beddies, Thomas/ Dorries, Andrea: Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960, Husum 1999

Behrendt, Karl Philipp: Die Kriegschirurgie von 1939-1945 aus Sicht der beratenden Chirurgen des deutschen Heeres im Zweiten Weltkrieg, Dissertation Universität Freiburg 2004

Berchthold, Rudolf: Chirurgie. München, Jena 2006

Bimmer, Andreas C./ Brand, Joachim/ Dehnert, Walter/ Eidam, Elke/ Foltin, Hans-Friedrich/ Grasberger, Regine/ Grathoff, Angela/ Hoffmann, Henri/ Hoffmann, Petra/ Jost, Herbert/ Stamm, Irmgard/ Volkmann, Jürgen: Alltagsleben im Krieg. Marburgerinnen erinnern sich an den Zweiten Weltkrieg. Marburg 1985

Blau, Evelyne: Rudolf Klapp. Marburger Chirurg und Orthopäde im Dritten Reich, Med. Diss. Universität Marburg 2007

Bleker, Johanna/ Schmiedebach, Heinz-Peter: Medizin und Krieg, Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, Frankfurt am Main 1987

Boas, I.: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, Leipzig 1925

Brandes, Inga/ Marx-Jaskulski, Katrin: Armenfürsorge und Wohltätigkeit. Ländliche Gesellschaften in Europa, 1850- 1930, Frankfurt am Main 2008

Brandes, Karin/ Brinkmann-Frisch, Fritz/ Form, Wolfgang/ Hartleben, Lydia/ Hussong, Ulrich/ Kirschner, Albrecht/ Löwer, Heinrich/ Richhardt, Dirk/ Schiller, Theo/ Wagner, Barbara/ Werther, Thomas: Zwangsarbeit in Marburg 1939 bis 1945. Geschichte, Entschädigung, Begegnung, (Marburger Stadtschriften zur Geschichte der Kultur, Band 80), Marburg 2005

Brandt, Ludwig: Illustrierte Geschichte der Anästhesie, Wuppertal, Stuttgart 1997

Brändli, Sibylle/ Lütho, Barbara/ Spuhler, Gregor (Hrsg.): Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in der Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt 2009

Breidung, Birgit: Die Braunen Schwestern, Stuttgart 1998

- Brinkschulte, Eva: Krankenhaus und Krankenkassen. Soziale und ökonomische Faktoren der Entstehung des modernen Krankenhauses im frühen 19. Jahrhundert, Husum 1998
- Burlon, Marc: Die „Euthanasie“ an Kindern während des Nationalsozialismus in den zwei Hamburger Fachabteilungen, Dissertation Universität Hamburg 2010
- Courage 3: Alltag im 2. Weltkrieg, Berlin 1980
- Dahmer, Jürgen: Anamnese und Befund. Die symptomorientierte Patientenuntersuchung fächerübergreifend – interaktiv - praxisbezogen, Stuttgart/ New York 2006
- Daum, Monika/ Deppe, Hans-Ulrich: Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933-1945, Frankfurt am Main 1991
- Doetz, Susanne: Alltag und Praxis der Zwangssterilisation. Die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckl 1942-1944, Dissertation Universität Berlin 2010
- Düwell, Susanne/ Pethes, Nicolas (Hrsg.): Fall- Fallgeschichte- Fallstudie, Theorie und Geschichte einer Wissensform, Frankfurt/New York 2014
- Ebbinghaus, A./ Dörner, K.: Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen, Berlin 2001
- Eckart, Wolfgang U./ Neumann, Alexander: Medizin im Zweiten Weltkrieg. Militärmedizinische Praxis und medizinische Wissenschaft im „Totalen Krieg“, Paderborn/ München/ Wien/ Zürich 2006
- Eckhardt, Sabine: Gefäßchirurgie im Ersten Weltkrieg (Beiträge zur Wissenschafts- und Medizingeschichte. Marburger Schriftenreihe, Band 1), Frankfurt am Main 2014
- Fahrenbach, Sabine/ Thom, Achim: Der Arzt als „Gesundheitsführer“, Frankfurt am Main 1991
- Fenner, Elisabeth: Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus. Zur Rolle der Hamburger Sozialverwaltung, Ammersbeck/ Hamburg 1990
- Fischer, H.: Aus den Erfahrungsberichten der Beratenden Chirurgen im Krieg 1939-1945, Darmstadt 1963
- Fischer, Hubert: Erfahrungen deutscher Pathologen im Kriege 1939- 1945, Stuttgart 1981
- Focke, Harald/ Reimer, Uwe: Alltag unterm Hakenkreuz, Wie die Nazis das Leben der Deutschen veränderten, Reinbek 1979
- Frewer, Andreas/ Siedbürger, Günther: Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus, Einsatz und Behandlung von „Ausländern“ im Gesundheitswesen, Frankfurt am Main/ New York 2004
- Gaida, Ulrike: Zwischen Pflegen und Töten, Krankenschwestern im Nationalsozialismus. Einführung und Quellen für Unterricht und Selbststudium, Frankfurt am Main 2006
- Gaida, Ulrike: Bildungskonzepte der Krankenpflege in der Weimarer Republik, Stuttgart 2011
- Gerber, Pia: Erwerbsbeteiligung von deutschen und ausländischen Frauen 1933-1945 in Deutschland, Frankfurt am Main/ Berlin/ Bern/ New York/ Paris/ Bern 1996

Gerz, Yvonne: Die Situation der Medizinischen Fakultät Marburg in der Nachkriegszeit: 1945-1950, Med. Dissertation Universität Marburg 2008

Grimm, Jana: Zwangssterilisationen von Mädchen und Frauen während des Nationalsozialismus. Eine Analyse der Krankenakten der Universitäts-Frauenklinik Halle von 1934 bis 1945, Dissertation Universität Halle/ Saale 2003

Hähner- Rombach, Sylvelyn: Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte – Beihefte, Band 14, Stuttgart 2000

Hellenschmidt, Clemens: Die Vereinheitlichung des Krankentransportes 1942- 1945. Ein Beitrag zur Geschichte des Rettungsdienstes in Deutschland, in: Der Notarzt, 27. Jg., Heft 4 (2011), Stuttgart/ New York, S. 154- 157

Hemfler, Marion/ Steinmetz, Stefan: Die Heilquellen von Bad Wildungen und Umgebung, Wiesbaden 2006

Henke, Dietmar-Klaus: Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord, Köln/ Weimar/ Wien 2008

Henne-Bruns, Doris/ Kremer, Bernd/ Düring, Michael: Duale Reihe Chirurgie, Stuttgart 2008

Hirner, Andreas/ Weise, Kuno: Chirurgie, Stuttgart 2008

Hollenberg, Günter/ Schwersmann, Aloys (Hrsg.): Die Philipps-Universität Marburg zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus, Kassel: Verein für hessische Geschichte und Landeskunde e.V. 2006

Hontschik, Bernd: Theorie und Praxis der Appendektomie. Eine historische, psychosoziale und klinische Studie, Frankfurt am Main 1994

Horbelt, Rainer/ Spindler, Sonja: Wie wir hamsterten, hungerten und überlebten. Zehn Frauen erzählen. Erlebnisse und Dokumente, Frankfurt am Main 1983

Hübener, Kristina: Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit, Berlin 2002

Hübner, Silke: Vom Allgemeinen Krankenhaus zur Gesundheitsfabrik, Frankfurt am Main 2004

Imhof, Arthur E.: Lebenserwartungen in Deutschland, Norwegen und Schweden im 19. und 20. Jahrhundert, Berlin 1994

Jetter, Dieter: Grundzüge der Krankenhausgeschichte 1800-1900, Darmstadt 1977

Jütte, Robert: Geschichte der deutschen Ärzteschaft, Köln 1997

Kater, Michael H.: Ärzte als Hitlers Helfer, München 2002

Kallenberger, Mali: Geschichte der Appendizitis. Von der Entdeckung des Organs bis hin zur minimalinvasiven Appendektomie (Beiträge zur Wissenschafts- und Medizingeschichte. Marburger Schriftenreihe, Band 7), Berlin 2019

Katscher, Lieselotte: Geschichte der Krankenpflege. Ein Leitfaden für den Schwesternunterricht, Berlin 1989

Klee, Ernst: Deutsche Medizin im Dritten Reich, Karrieren vor und nach 1945, Frankfurt am Main 2001

Klee, Ernst: Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer, Frankfurt am Main 2004

Klee, Ernst: „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Frankfurt am Main 2010

Kleindienst, Jürgen: Gebrannte Kinder, Kindheit in Deutschland 1939- 1945, 61 Geschichten und Berichte von Zeitzeugen, Berlin 1998

Koch, Thomas: Zwangssterilisation im Dritten Reich. Das Beispiel der Universitätsklinik Göttingen, Frankfurt am Main 1994

Korte, Peter Hermann-Josef: Die Tätigkeit des Marburger Pathologischen Instituts unter Leonhard Jores und Walther Berblinger 1913-1918, Med. Dissertation Universität Marburg 2014

Krähwinkel, Esther: Volksgesundheit und Universitätsmedizin. Kommunale Gesundheitsfürsorge in Marburg als Handlungsfeld von Stadt und Hochschule 1918 bis 1935, Darmstadt 2004

Krause-Schmitt, Ursula/ Freyberg, Jutta von/ Wehe, Friedrich: Heimatgeschichtlicher Wegweiser zu Stätten des Widerstandes und der Verfolgung 1933-1945. Hessen 2. Regierungsbezirk Gießen und Kassel, Frankfurt am Main 1996

Krischel, Matthis/ Moll, Friedrich/ Bellmann, Julia/ Scholz, Albrecht/ Schultheiss, Dirk: Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung, Berlin 2011

Krumeich, Gerd: Nationalsozialismus und Erster Weltkrieg, Essen 2010

Kuczynski, Jürgen: Geschichte des Alltags des deutschen Volkes 1928-1945, Berlin 1982

Kudlien, Friedolf: Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985

Labisch, Alfons/ Spree, Reinhard: „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main/ New York 1996

Labisch, Alfons/ Spree, Reinhard: Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten, Frankfurt am Main/ New York 2001

Ley, Astrid: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945, Frankfurt am Main 2004

Ley, Astrid: Gewissenlos. Gewissenhaft: Menschenversuche im Konzentrationslager, Erlangen 2006

Lübbers, Christian W./ Lübbers, Wolf: Operieren wie im Rausch, in: HNO-Nachrichten, Heft 6 (2008), S. 2-4

Ludwig Aschoff. Ein Gelehrtenleben in Briefen an die Familie, Freiburg im Breisgau 1966

Magistrat der Stadt Stadtallendorf, Haupt- und Personalamt: Ausstellungskatalog des Dokumentations- und Informationszentrums Stadtallendorf, Fulda 1994

Moissl, Norbert: Aspekte der Geburtshilfe in der Zeit des Nationalsozialismus 1933 bis 1945 am Beispiel der I. Frauenklinik der Universität München. Eine retrospektive Studie über 1.950 Geburten von 1933 bis 1945 unter besonderer Berücksichtigung der Einflüsse der nationalsozialistischen Ideologie und des Zweiten Weltkrieges. Dissertation Universität München 2005

Fuchs, Petra/ Rotzoll, Maïke/, Müller, Ulrich/ Richter, Paul/ Hohendorf, Gerrit (Hrsg.): Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Göttingen 2007

Münchener Ärzte-Initiativen gegen die atomare Bedrohung: Krieg ist keine Krankheit, München 1983

Murken, Axel Hinrich: Das Bild des deutschen Krankenhauses im 19. Jahrhundert, Münster 1977

Murken, Axel Hinrich: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln 1988

Murken, Axel Hinrich: Geschichte der Krankenhaushygiene, Herzogenrath 1990

Orth, Karin: „Nur weiblichen Besuch“, Dienstbotinnen in Berlin 1890-1914, Frankfurt am Main/ New York 1993

Osten, Phillipp: Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer „modernen Krüppelfürsorge“ 1905-1933, Frankfurt 2004

Petzina, Dieter: Autarkiepolitik im Dritten Reich. Der nationalsozialistische Vierjahresplan, Stuttgart 1968

Petzina, Heinz Dietmar: Der Nationalsozialistische Vierjahresplan von 1936. Entstehung, Verlauf, Wirkungen, Dissertation Universität Prag 1965

Projektgruppe „Volk und Gesundheit“: Volk und Gesundheit – Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus, Tübinger Vereinigung für Volkskunde e.V., Tübingen 1982

Prüll, Cay- Rüdiger: Medizin am Toten oder am Lebenden? Pathologie in Berlin und in London, 1900- 1945, Basel 2003

Reinicke, Peter: Soziale Krankenhausfürsorge in Deutschland. Von den Anfängen bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges, Opladen 1998

Richter, Ulrike/ Busch, Arnold/ Schröder, Herbert/ Rott, Evelyn: Alltag im Nachkriegsdeutschland. Frauenleben und –schicksal nach dem 2. Weltkrieg in Hannover, Hannover 1985

Riesenberger, Dieter: Das Deutsche Rote Kreuz, Eine Geschichte 1864- 1990, Paderborn, München, Wien, Zürich 2002

Roer, Dorothee/ Henkel, Dieter: Psychiatrie im Faschismus. Die Anstalt Hadamar 1933-1945, Bonn 1986

Rohde, Henning/ Pelzl, Herbert/ Troidl, Hans: Die Chirurgische Klinik der Philipps- Universität Marburg in historischer Sicht, Marburg 1971

Romeis, Benno: Mikroskopische Technik, München 1948

Rudnick, Martin: Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur „Euthanasie“, Weinheim/ Basel 1985

Sachße, Christoph/ Tennstedt, Florian: Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871 bis 1929, Stuttgart/ Berlin/ Köln/ Mainz 1988

Sahmland, Irmtraut/ Grundmann, Kornelia (Hrsg.): Perspektiven der Medizingeschichte Marburgs. Neue Studien und Kontexte, in: Quellen und Forschungen zur hessischen Geschichte 162, Marburg/ Darmstadt 2011

Sailer, F. X./ Gierhake, F. W.: Chirurgie historisch gesehen, Anfang- Entwicklung-Differenzierung, Deisenhofen 1973

Schäfer, Daniel/ Mallmann, Peter.: Gynäkologischer Alltag im „Dritten Reich“: Das Beispiel der Kölner Universitätsfrauenklinik“, Köln 2005

Schewe, Dieter/ Schenke, Klaus/ Meurer, Anne/ Hermsen, Karl-Werner (Hrsg.): Übersicht über die Soziale Sicherung, Bonn 1977

Schjerning, Otto v.: Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege, Leipzig 1922

Schleiermacher, Sabine/ Schagen, Udo (Hrsg.): Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus, Paderborn/ München/ Wien/ Zürich 2008

Schnack, Ingeborg: Marburger Gelehrte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, Marburg 1977

Schoen, Paul: Armenfürsorge im Nationalsozialismus. Die Wohlfahrtspflege in Preußen zwischen 1933 und 1939 am Beispiel der Wirtschaftsfürsorge, Weinheim/ Basel 1985

Scholz, Albrecht/ Heidel, Caris- Petra/ Lienert, Marina: Vom Stadtkrankenhaus zum Universitätsklinikum. 100 Jahre Krankenhausgeschichte in Dresden, Köln 2001

Schott, Heinz (Hrsg.): Die Chronik der Medizin, Gütersloh/ München 2000

Schreckenberger, Heinz: Ideologie und Alltag im Dritten Reich, Frankfurt am Main 2003

Schröder, Jochen: Die Marburger Pathologie in den Jahren 1918 bis 1921, Med. Dissertation Universität Marburg 2015

Schwetlick, Walter: Orthopädische Erkrankungen des Säuglings und Kindes. Diagnose und Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Vorsorgeuntersuchung, München 1972

Seidler, Eduard/ Leven, Karl-Heinz: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, Stuttgart 2003

Seithe, Horst/ Hagemann, Frauke: Das Deutsche Rote Kreuz im Dritten Reich (1933- 1939), Frankfurt am Main 1993

Siedbürger, Günther/ Frewer, Andreas: Zwangsarbeit und Gesundheitswesen im Zweiten Weltkrieg. Einsatz und Versorgung in Norddeutschland, Hildesheim/ Zürich/ New York 2006

Sparing, Frank/ Heuser, Marie-Luise: Erbbiologische Selektion und „Euthanasie“. Psychiatrie in Düsseldorf während des Nationalsozialismus, Essen 2001

Spree, Reinhard: Der Rückzug des Todes. Der epidemiologische Übergang in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts, Konstanz 1992

Süllwold, Fritz: Deutsche Normalbürger 1933- 1945, Erfahrungen, Einstellungen, Reaktionen, München 2001

Tauer, Erich/ Linden, Christian: Private Krankenversicherung, Wiesbaden 1965

Thomas, Lothar/ Päuser, Sabine/ Sinne, Sensoren und Systeme. Eine Reise durch die Geschichte der Labordiagnostik, Basel 2003

Thorwald, Jürgen: Die Geschichte der Chirurgie, Stuttgart 1965

Treschl, Anne: Geschichte der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Mannheim während der Zeit des Nationalsozialismus unter besonderer Berücksichtigung der Thematik der Zwangssterilisationen, Dissertation Universität Mannheim 2006

Vanja, Christina/ Vogt, Martin: Euthanasie in Hadamar. Die nationalsozialistische Vernichtungspolitik in hessischen Anstalten, Kassel 1991

Villiez, Anna von: Mit aller Kraft verdrängt. Entrechtung und Verfolgung „nicht arischer“ Ärzte in Hamburg 1933-1945, München/ Hamburg 2009

Vögele, Jörg/ Woelk, Wolfgang: Stadt, Krankheit und Tod. Geschichte der städtischen Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert), Berlin 2000

Westermann, Stefanie: Medizin im Dienst der „Erbgesundheit“: Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene“, Münster 2009

Wettmann, Andrea: Heimatfront Universität. Preußische Hochschulpolitik und die Universität Marburg im Ersten Weltkrieg, Köln 2000

Wierling, Dorothee: Mädchen für alles. Arbeitsalltag und Lebensgeschichte städtischer Dienstmädchen um die Jahrhundertwende, Berlin/ Bonn 1987

Wolff, Horst-Peter; Wolff, Jutta: Geschichte der Krankenpflege, Basel/Eberswalde 1994

Wolff, Horst-Peter/ Wolff, Jutta: Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte, Frankfurt am Main 2008

Ziganell, Klaus: Anaesthesie - historisch gesehen, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo 1987

18.3.1 Online-Ressource

<https://www.catalogus-professorum-halensis.de/boeminghaushans.html>, Stand: 15.07.2011

<https://www.das-marburger.de/2016/09/das-alte-klinikgebäude-sonnenblick-wurde-beseitigt-marburg-hat-ein-wichtiges-baudenkmal-verloren/>, Stand 07.05.2020

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Hessen/DE/ueber-uns/Unternehmensprofil/Geschichte/chronik_rehabilitation.html;jsessionid=0C5230693DD9BD3B42E4231EB5E1D0A3.delivery1-3-replication, Stand 07.05.2020

Abb. 13: Prozentuale Angabe der Kraftzustände der Marburger chirurgischen Patienten in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 77
Abb. 14: Ernährungszustand in Prozent der Marburger chirurgischen Patienten in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 81
Abb. 15: Beispiel eines dokumentierten Blutstatus aus einer Patientenakte der Marburger Chirurgischen Klinik. (1941)	S. 89
Abb. 16: Beispiel von Urinuntersuchungen in Patientenakten der Marburger Chirurgischen Klinik. (1928)	S. 91
Abb. 17a, b und c: Grundumsatzbestimmungen nach Knipping, die bei Schilddrüsenerkrankungen in der Marburger Chirurgischen Klinik durchgeführt wurden. (1944 und 1941)	S. 96
Abb. 18: Beispiel eines Ergebnisses einer durchgeführten Röntgenleer- und Röntgenkontrastaufnahme der Gallenblase in der Marburger Chirurgischen Klinik. (1940)	S. 101
Abb. 19: Freie Wundbehandlung bei Weichteilwunde. (1937)	S. 109
Abb. 20: Distraktionsapparat (1943)	S. 110
Abb. 21: Beckenschwebelagerung (1943)	S. 110
Abb. 22: Lagerung und Extension bei Oberarmfraktur (1937)	S. 123
Abb. 23: Polsterverband (1943)	S. 130
Abb. 24: Kreuzzugverband (1943)	S. 130
Abb. 25: Äthertropfnarkose (2008)	S. 131
Abb. 26: Narkosemaske nach Ombrédanne (1929)	S. 131
Abb. 27: Chloroformnarkose (1940)	S. 134
Abb. 28: Häufigkeit der unterschiedlichen Anästhesieverfahren an der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 138
Abb. 29: Beispiel aus einer Patientenakte der Marburger Chirurgischen Klinik: Antrag auf Gewährung von Krankenhausbehandlung. (1940)	S. 143
Abb. 30: Beispiel aus einer Patientenakte: Sektionsbericht (1928)	S. 157
Abb. 31: Beispiel aus einer Patientenakte: Anamnesebogen mit der Frage von erbbiologischen Aspekten (1940)	S. 161

- Abb. 32: Beispiel aus einer Patientenakte, in der eine „Geisteskrankheit“ bei Blutsverwandten des Patienten angegeben war (1941) S. 162
- Abb. 33: Beispiel einer Patientenakte: Der Patient wurde zur Sterilisation bei angeborenem Schwachsinn in die Marburger Chirurgische Klinik aufgenommen (1941) S. 164
- Abb. 34: Operationsbericht Appendektomie (1944) S. 170
- Abb. 35: Beispiel eines Probefrühstückes aus einer Patientenakte der Marburger Chirurgischen Klinik (1928) S. 185
- Abb. 36: Beispiel aus einer Patientenakte: Ein polnischer Zwangsarbeiter wird zurück in seine Heimat mit Beingips transportiert (1941) S. 188
- Abb. 37: Beispiel aus einer Patientenakte: Anamnese ist aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse nicht möglich (1944) S. 189
- Abb. 38: Beispiel aus einer Patientenakte: Praktischer Arzt weist polnischen Zwangsarbeiter zur Hernien-Operation in die Marburger Klinik ein (1941) S. 190
- Abb. 39: Ablehnung der Operation des polnischen Zwangsarbeiters seitens der Marburger Chirurgen (1941) S. 191
- Abb. 40: Beispiel aus einer Patientenakte: Zwangsarbeiter wird bei Krankheit zurück in seine Heimat geschickt (1941) S. 193
- Abb. 41: Beispiel aus einer Patientenakte: Zwangsarbeiter wird nach der Operation zurück in ein Lager entlassen (1941) S. 194
- Abb. 42: Die Marburger Chirurgen sollen dem Arbeitsamt melden, ob eine baldige Arbeitsfähigkeit des Zwangsarbeiters besteht. Ansonsten soll der Patient ins „Hilfskrankenhaus Pfaffenwald“ verlegt werden (1944) S. 195
- Abb. 43: Stellungnahme der Marburger Chirurgen: Der Zwangsarbeiter wird noch längere Zeit arbeitsunfähig sein (1944) S. 196
- Abb. 44: Der Marburger Chirurg Dr. Studemeister wendet sich an das Arbeitsamt, dass der Patient mittlerweile reisefähig sei und ein Transport organisiert werden könne, der ihn nach Pfaffenwald bringt (1944) S. 196
- Abb. 45: Stellungnahme des Marburger Chirurgen Dr. Mondry bezüglich eines Patienten, der vorgibt, arbeitsunfähig zu sein. (1940) S. 199
- Abb. 46: Marburger Spannbügel für die Drahtextensionsbehandlung (1937) S. 239

19.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anteil in Prozent der weiblichen und männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 54
Tab. 2: Herkunftsorte der weiblichen Patienten verglichen mit den Herkunftsorten der männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Patienten in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 60
Tab. 3: Unterschiede der Aufnahmeart von männlichen und weiblichen Patienten in der Marburger Chirurgischen Klinik	S. 67
Tab. 4: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der weiblichen im Vergleich zu den männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 74
Tab. 5: Entwicklung der Aufenthaltsdauer am Beispiel der Diagnosen Appendizitis und Fraktur in der Marburger Chirurgischen Klinik von 1928 bis 1944	S. 75
Tab. 6: Prozentuale Verteilung der Krankheitsbilder in der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 83
Tab. 7: Prozentuale Angabe von durchgeführten Blutuntersuchungen von weiblichen und männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 90
Tab. 8: Prozentualer Anteil an Urinuntersuchungen bei weiblichen und männlichen Patienten der Marburger Chirurgischen Patienten in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 93
Tab. 9: Prozentuale Angabe von entnommenen Gewebeproben bei Patienten der Marburger Chirurgie in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 97
Tab. 10: Häufigkeit durchgeführter Röntgenaufnahmen an der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 99
Tab. 11: Prozentuale Angabe der Therapien, die in der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944 durchgeführt wurden	S. 106
Tab. 12: Häufigkeit der angewandten Haupttherapien bei Frakturen in der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 111
Tab. 13: Prozentuale Anteile der durchgeführten Operationen von den einzelnen Chirurgen an der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 122
Tab. 14: Angaben der Kostenübernahmen des Krankenhausaufenthaltes in der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 145
Tab. 15: Prozentuale Angabe von Todesfällen weiblicher und männlicher Patienten der Marburger Chirurgischen Klinik in den Jahren 1928, 1940/41 und 1944	S. 154

20 Anhang

20.1 Biographische Angaben zu den Marburger Chirurgen

20.1.1 Rudolf Klapp (1873-1944)

Rudolf Klapp wurde am 16. Februar 1873 in Arolsen/ Hessen geboren. Nach seinem Medizinstudium arbeitete er unter der Leitung des Chirurgen August Bier in Kiel, Greifswald, Bonn und Berlin. Schon in seiner Bonner Zeit 1904-1907 baute er eine Krankengymnastikschule auf, in der vor allem Kinder mit Skoliose nach den von ihm entwickelten Klapp'schen Kriechübungen turnten. Seine Berliner Zeit wurde 1913 durch einen kriegschirurgischen Einsatz im Balkankrieg unterbrochen. Von dort kam er mit der Idee der Drahtextension zur Behandlung von Knochenbrüchen zurück. Zu Beginn des Ersten Weltkrieges 1914 arbeitete er in einem Feldlazarett, wo er sich mit der Problematik einer effektiven Infektionsbekämpfung auseinandersetzte und die Tiefenantiseptis erstmals anwandte. Als Klapp 1915 zurück nach Berlin kam, entwickelte er aufgrund der häufigen kriegsbedingten Gesichtsverletzungen der Soldaten neue Möglichkeiten der plastischen Chirurgie und verfasste Bücher über seine Methoden und Erfahrungen. Weiterhin beschäftigte er sich mit der Nachbehandlung von Wirbelbrüchen und der Skoliose. Seine Kriechübungen waren mittlerweile etabliert und anerkannt. Nachdem er in Berlin schon stellvertretender chirurgischer Leiter war,⁸⁰⁷ übernahm er am 8.1.1928 als Direktor die Chirurgische Klinik in Marburg im Alter von 54 Jahren. Er strukturierte die Klinik völlig neu und konnte dadurch die Patientenzahlen deutlich steigern. Tatkräftig unterstützt wurde er von seinen Oberärzten Burkhardt und Wiedhopf und ab 1933 auch durch Boeminghaus.⁸⁰⁸ Von Juni 1935 bis Oktober 1937 war er zudem Dekan der Medizinischen Fakultät in Marburg.⁸⁰⁹

Rudolf Klapp forschte während seiner Marburger Zeit weiterhin viel auf dem Gebiet der Kriegschirurgie und im Zweiten Weltkrieg vergab er noch Dissertationen zu

⁸⁰⁷ Vgl. Schnack, Marburger Gelehrte, 1977, S. 259-263

⁸⁰⁸ Vgl. Aumüller, Kriegschirurgie, Kassel 2006, S. 187

⁸⁰⁹ Vgl. UniA Marburg Best. 305a Acc. 1992/55 Nr. 4319: Nebenakte Klapp, 5.6.35

kriegschirurgischen Themen.⁸¹⁰ Ihm selbst halfen die Kriegserfahrungen maßgeblich bei der Entwicklung und Umsetzung seiner Idee zur Drahtextensionsbehandlung. In einem seiner späteren Bücher weist er noch einmal ausdrücklich darauf hin, dass er derjenige gewesen sei, der die Drahtextension erfunden und der Chirurg Kirschner die Methode nur verbessert habe.⁸¹¹ Er erfand die Drahtextensionsbehandlung, als ihm Hilfsmittel für eine Nagelexension fehlten. Die Methode war daher initial eine Improvisation. Er empfahl Ärzten eine Hospitation an seiner Klinik, um die Technik zu erlernen und dann selbstständig bei eigenen Patienten anwenden zu können.⁸¹²

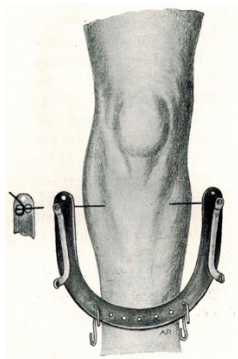


Abb. 46: Marburger Spannbügel für die Drahtextensionsbehandlung.⁸¹³

Des Weiteren hatte Klapp bereits 1920 die Grundzüge der Behandlung der Radiusfrakturen postuliert. Nach einer Reposition der Fraktur sollte sie zirkulär in Mittelstellung für mindestens 3 Wochen eingegipst werden. Durch die Mittelstellung war nach Abnahme des Gipses die Beweglichkeit im Handgelenk nicht oder nur wenig eingeschränkt. Dieses Behandlungsverfahren war auch 1943 noch allgemein gültig, wurde aber nicht nach ihm benannt.⁸¹⁴ Das Klapp'sche Kriechen hingegen beinhaltet seinen Namen und diese Erfindung wird ihm allein zugeschrieben. Es wurde sogar nicht nur ausschließlich für Skoliosekranken und damit in der Chirurgie eingesetzt, sondern auch bei Herzleiden und Asthenikeremphysem. Durch den Vierfüßlerstand hatte das Herz eine günstigere Lage und wurde entlastet, da es nicht mehr gegen die Schwerkraft anpumpen musste.⁸¹⁵

⁸¹⁰ Vgl. Aumüller, Kriegschirurgie, Kassel 2006, S. 179

⁸¹¹ Vgl. Klapp, Rudolf/ Rückert, Wolfgang: Die Drahtextension in der Friedens- und Kriegschirurgie, Anleitung zum praktischen Gebrauch, Stuttgart 1944, Vorwort zur zweiten Auflage und S. 2

⁸¹² Vgl. Klapp/ Rückert: Die Drahtextension, Stuttgart 1937, S. 1-3

⁸¹³ Vgl. Ebd., S. 15

⁸¹⁴ Vgl. Klapp, Wolrad: Beitrag zur Entwicklung der Behandlung der typischen Radiusfraktur, in: DZC, Band 257 (1943 a), S. 704- 706

⁸¹⁵ Vgl. Kohlrausch, Wolfgang: Die Verwendung des Klappschen Kriechens in der Inneren Medizin, in: DZC, Band 257 (1943), S. 449, 452

Klapp war im Nationalsozialismus förderndes Mitglied der SS, Mitglied des NSDÄB, der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) und der NSDAP. Außerdem war er Oberfeldführer des DRK⁸¹⁶ und Beratender Chirurg in verschiedenen Lazaretten der Wehrmacht.⁸¹⁷

Rudolf Klapp erzwang die Einstellung seines Sohnes Bernhard Klapp in seiner Marburger Klinik. Dieser arbeitete schließlich als Stabsarzt im Reservelazarett. Nach Ablehnung einer Unabkömmlichkeitsstellung seines Sohnes hatte Rudolf Klapp seine Beziehungen zur Wehrmacht spielen lassen, sodass sie schließlich doch genehmigt wurde.⁸¹⁸ Als es um Klapps Emeritierung ging, war er nur zum Rücktritt bereit, wenn sein Sohn bei seinem Nachfolger habilitieren dürfte.⁸¹⁹

Am 22.2.1944 hielt er schließlich seine Abschiedsvorlesung und wurde Ende März nicht ganz freiwillig emeritiert.⁸²⁰ Eigentlich hätte seine Amtszeit bereits 1937 beendet werden sollen, da er zu diesem Zeitpunkt bereits 65 Jahre alt war.⁸²¹ Im November 1938 bat die Fakultät jedoch aufgrund der „körperlichen und geistigen Frische“, dem „operativem Geschick“ und den „ungewöhnlichen Erfahrungen“ um eine Verlängerung der Dienstzeit von Klapp. Sie wurde vorerst bis Oktober 1940 genehmigt.⁸²² Während der ersten Kriegsjahre kam allerdings die Emeritierung wegen Personalmangels nicht mehr in Frage.⁸²³ Im Jahr 1943 wurde Klapp 70 Jahre alt und in Anbetracht dieses Geburtstages wurden ihm viele Artikel in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie⁸²⁴ und auch im Zentralblatt für Chirurgie gewidmet. Sein Foto zierte sogar das Titelblatt. Nicht nur die Marburger Chirurgen machten in den Artikeln immer wieder auf seine Erfindungen aufmerksam.⁸²⁵ Erstmals im Jahr 1943 sprach sich die Fakultät wieder für eine Emeritierung Klapps aus.⁸²⁶ Er konnte aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr regelmäßig Visiten machen, im Unterricht ließ er sich oft vertreten und die Zusammenarbeit der Kliniken ließ stark nach. Angesprochen auf seine anstehende

⁸¹⁶ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1992/55 Nr. 6264: Personalakten Klapp, Personalunterlagen Klapp, 18.2.38

⁸¹⁷ Vgl. Aumüller, Kriegschirurgie, Kassel 2006, S. 191. Er war beratender Chirurg des Wehrkreises IX.

⁸¹⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 305a Acc. 1992/55 Nr. 4445: Personalakte Oskar Wiedhopf, Kurator am 25.9.43 an RMiWEV betr. Emeritierung Prof. Klapp

⁸¹⁹ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 546

⁸²⁰ Vgl. Schnack, Marburger Gelehrte, 1977, S. 268

⁸²¹ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 182: Personalakte Rudolf Klapp 1937-53, Nov 1937 Dekan an Kurator

⁸²² Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 182: Personalakte Rudolf Klapp 1937-53, Nov. 1938

⁸²³ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 541

⁸²⁴ Vgl. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 257 (1943), Inhaltsverzeichnis S. IV- V.

⁸²⁵ Vgl. Zentralblatt für Chirurgie, 70. Jg., Heft 7 (1943), S. 228

⁸²⁶ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 182: Personalakte Rudolf Klapp 1937-53, Fakultätssitzung 17.6.43

Emeritierung reagierte er aggressiv und der Dekan rechnete mit erheblichen Konflikten.⁸²⁷ Klapp hatte nicht die geringste Absicht, selbst einen Emeritierungsantrag zu stellen und schilderte seine weiteren Forschungsarbeiten, die er noch unbedingt erledigen wollte.⁸²⁸ Nachdem einige Gutachten von verschiedenen Seiten über seinen körperlichen Zustand in Auftrag gegeben worden waren, wurde sein Amtsabtritt zum April 1944 endlich vollzogen.⁸²⁹

An seinem 70. Geburtstag wurde er zum Ehrendoktor der Zahnheilkunde ernannt, da er sich auf dem Gebiet der Kieferchirurgie besonders verdient gemacht hatte. 1942 hatte er bereits die Goethe-Medaille aufgrund seines Engagements in der Kriegs- und Friedenschirurgie verliehen bekommen.⁸³⁰

Rudolf Klapp starb am 15. Februar 1949, einen Tag vor seinem 76. Geburtstag und wurde in seiner Geburtsstadt begraben.⁸³¹ Im Andenken an ihn bekam die Marburger Krankengymnastikschule den Namen „Rudolf-Klapp-Schule“ und trägt ihn bis heute.⁸³²

20.1.2 Oskar Wiedhopf (1889-1949)

Oskar Wiedhopf war von 1919 bis 1933 Assistent und Oberarzt in der Marburger Chirurgischen Klinik. 1927 wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt. Seit 1933 war er Mitglied des NSDÄB und förderndes Mitglied der Motor-SS und ab 1937 Parteimitglied der NSDAP.⁸³³ Allerdings wurde er nach dem Krieg in einem Spruchkammerverfahren entlastet, dass er kein überzeugter Nationalsozialist gewesen war. Seiner Aussage nach sei er in die SS eingetreten, damit man ihn in Ruhe ließe. Auch in die NSDAP sei er erst nach Aufforderung 1937 eingetreten, damit die kirchliche Trägerschaft des Paulinenkrankenhauses in Wiesbaden, dessen Chefarzt er seit 1933 war, erhalten bleiben konnte. Damit hätte die drohende Übernahme durch die NSV abgewendet werden können. Das er kein überzeugter Nationalsozialist war, habe sich durch weiterhin bestehende Freundschaften zu Juden und die Behandlung jüdischer

⁸²⁷ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 182: Personalakte Rudolf Klapp 1937-53, Dekan an Kurator streng vertraulich, 16.10.43

⁸²⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 359: Verhandlungen über die Nachfolge Klapp 1940-45, 27.5.43 und 22.6.43

⁸²⁹ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 182: Personalakte Rudolf Klapp 1937-53, 19.11.43

⁸³⁰ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 182: Personalakte Rudolf Klapp 1937-53, 70. Geburtstag Klapp 16.2.43

⁸³¹ Vgl. Schnack, Marburger Gelehrte, 1977, S. 270

⁸³² Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 182: Personalakte Rudolf Klapp 1937-53, 16.2.53

⁸³³ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 359: Verhandlungen über die Nachfolge Klapp 1940-45, 21.12.40 Dekanat an RMiWEV

Patienten gezeigt.⁸³⁴ Außerdem meldete er der Gestapo nicht, als ein Patient mehrfach abfällig über Hitler redete.⁸³⁵

Ab Dezember 1940 wurde er auf die Liste zur Neubesetzung des Lehrstuhls für Chirurgie gesetzt⁸³⁶ und als idealer Kandidat zur Nachfolge Klapps vom Dekan vorgeschlagen.⁸³⁷ Er wollte gern die Nachfolge annehmen, obwohl personelle Schwierigkeiten voraussehbar waren.⁸³⁸ Wiedhopf schätzte Klapp und seine vielen wichtigen Erfindungen in der Chirurgie sehr. In der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie schrieb er, dass er „[...] Glück hatte, die moderne Knochenbruchbehandlung bei dem Schöpfer der Drahtextension kennen zu lernen [...]“.⁸³⁹ Im April 1944 wurde er schließlich Direktor der Marburger Chirurgischen Klinik und damit zum ordentlichen Professor ernannt.⁸⁴⁰ Unerwartet früh starb Oskar Wiedhopf nach einer Operation am 31.12.1949.⁸⁴¹

20.1.3 Hans Boeminghaus (1893-1979)

Hans Boeminghaus kam 1928 aus Halle nach Marburg, wurde ein Jahr später Professor und 1933 Oberarzt der Chirurgischen Klinik. Er war Mitglied der SS und der NSDAP und laut Gutachten brachte er die „notwendigen Führungsqualitäten“ mit.⁸⁴² Boeminghaus beschäftigte sich insbesondere mit der Technik der Sterilisation. Die Durchführungen der Zwangssterilisationen in den 1930er Jahren wurden in der Marburger Chirurgischen Klinik weder ethisch noch politisch hinterfragt. Nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurden über 150 Sterilisationen an Männern in der Klinik vorgenommen.⁸⁴³ Boeminghaus verfasste einige Artikel und ein Buch über die Sterilisation von Männern. Er sah es als seine Pflicht an, die Männer so zu sterilisieren, dass sie sich nie fortpflanzen konnten und entwickelte entsprechend

⁸³⁴ Vgl. UniA Marburg Best. 310 Acc. 1992/55 Nr. 6504: Personalakte Oskar Wiedhopf, Spruchkammerverfahren 24.10.46

⁸³⁵ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 237

⁸³⁶ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 359: Verhandlungen über die Nachfolge Klapp 1940-45, 21.12.40 Dekanat an RMiWEV

⁸³⁷ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 359: Verhandlungen über die Nachfolge Klapp 1940-45, 22.6.43 neue Vorschlagsliste des Dekanats.

⁸³⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 359: Verhandlungen über die Nachfolge Klapp 1940-45, Ostersonntag 1943, Wiedhopf an Kretschmer

⁸³⁹ Vgl. Wiedhopf, DZC, Band 258 (1944), S. 342

⁸⁴⁰ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 284: Habilitations- und Personalakte Oskar Wiedhopf 1923-50, 6.4.1945 Ernennung zum ordentlichen Professor

⁸⁴¹ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 284: Habilitations- und Personalakte Oskar Wiedhopf 1923-50, 31.12.49

⁸⁴² Vgl. UniA Marburg Best. 305a Acc. 1976/19 Nr. 3474: Personalakte Hans Boeminghaus 1928-1939

⁸⁴³ Vgl. Aumüller, Kriegschirurgie, Kassel 2006, S. 188

anerkannte Operationsmethoden.⁸⁴⁴ Um eine absolut sichere Zeugungsunfähigkeit zu erreichen, empfahl er nach der Vasektomie eine Spülung der Bläschendrüse mit der desinfizierenden Substanz Rivanol. Ohne diese Spülung konnten sich trotz Vasektomie noch befruchtungsfähige Spermien in der Bläschendrüse befinden und es bestand eventuell eine vorübergehende Fruchtbarkeit.⁸⁴⁵ Kritiker sahen diese Methode als zu belastend für den Patienten an, aber Boeminghaus war der Ansicht, dass er als Arzt alle Möglichkeiten ausschöpfen müsse, um diese möglicherweise kurzfristige Fruchtbarkeit mit absoluter Sicherheit zu verhüten. In seinem Buch erörtert er nur die Gesetzesgebung und schreibt, dass die Indikationsstellung zur (Zwangs-)Sterilisation außerhalb seines Aufgabenbereiches lag.⁸⁴⁶ Die Forschungsergebnisse zur Sterilisation stärkten seine Position in der Klinik. Klapp beschrieb Boeminghaus vor dem Medizinalrat als unentbehrlich, da sein Operationsverfahren zur Sterilisation besonders gut und angesehen war.⁸⁴⁷

Boeminghaus verließ zum 1.1.1938 Marburg und übernahm die Leitung der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Frankfurt an der Oder⁸⁴⁸, um ein Jahr später nach Berlin zu wechseln.⁸⁴⁹ Dort richtete er die urologische Klinik Westend ein und war während des Zweiten Weltkrieges als Beratender Arzt tätig. Nach Kriegsende übernahm er die Leitung einer urologischen Privatklinik in Düsseldorf bis 1966 und verstarb 1979 im Alter von 86 Jahren.⁸⁵⁰ Seinerzeit gehörte er zu den bedeutendsten deutschen Urologen.

20.1.4 Johannes Baumann (1899-1976)

Johannes Baumann begann 1931 als Assistent in der Marburger Chirurgischen Klinik seine Karriere und wurde sieben Jahre später Oberarzt. 1939 wurde er schließlich zum außerordentlichen Professor ernannt. Seit 1933 war er Mitglied der Sturmabteilung (SA) und förderndes Mitglied der SS, im Jahr 1937 wurde er Mitglied der NSDAP, des

⁸⁴⁴ Vgl. Boeminghaus, Hans: Zur Sterilisationsoperation, in: ZblCh, 62. Jg., Heft 1 (1935), S.13

⁸⁴⁵ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 481

⁸⁴⁶ Vgl. Krischel/ Moll/ Bellmann/ Scholz/ Schultheiss: Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung, Berlin 2011, S. 116-117

⁸⁴⁷ Ebd., S. 483

⁸⁴⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 305a Acc. 1976/19 Nr. 3474: Personalakte Hans Boeminghaus 1928-1939, 1.1.38

⁸⁴⁹ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 194: Umhabilitation und Personalakte Hans Boeminghaus, 1.1.39

⁸⁵⁰ www.catalogus-professorum-halensis.de/boeminghaushans.html, Stand: 15.07.2011

NSDÄB, der NSV und der Gesellschaft für Rassenhygiene, dem Reichsluftschutzbund (RLB) und Reichskolonialbund. Außerdem war er Lehrer der SA-Sanitätsschule der Gruppe Hessen und war als Marinestabsarzt tätig. 1940 wurde er zum Heer eingezogen.⁸⁵¹ Im April 1941 wurde er schließlich zum stellvertretenden Direktor des Stadtkrankenhauses in Kassel berufen und verließ die Marburger Klinik.⁸⁵² Er verstarb 1976.⁸⁵³

20.1.5 Hans- Joachim Lauber (1904-1949)

Hans- Joachim Lauber kam 1934 als chirurgischer Assistent von Königsberg nach Marburg. Er hatte ein Stipendium der „Notgemeinschaft der deutschen Wissenschaft“ bekommen. Die NSDAP stellte Nachforschungen über die politische Zuverlässigkeit Laubers an. Es kam das Gerücht auf, dass er aus Königsberg weggelobt worden sei, oft über das Dritte Reich geschimpft habe und bei wissenschaftlichen Arbeiten nicht zuverlässig gewesen sei. Wegen dieser Behauptungen war 1935 seine Habilitation in Gefahr, aber die Vorwürfe konnten nicht bestätigt werden und sie wurde letztlich genehmigt.⁸⁵⁴ Lauber behandelte bis mindestens 1939 jüdische Patienten, so berichtet eine von ihm 1939 behandelte Patientin.⁸⁵⁵

Er beschäftigte sich viel mit dem Einsatz von Vitamintherapien nach chirurgischen Eingriffen.⁸⁵⁶ Lauber hielt im Sommersemester 1943 auch Vorlesungen über kriegschirurgische Themen.⁸⁵⁷ Im Mai 1940 wurde er in eine Kriegslazarettabteilung abkommandiert und kam erst 1942 wieder zurück nach Marburg. Im Dezember 1944 wurde er zum Feldheer versetzt. Er verstarb im Jahre 1949.⁸⁵⁸

⁸⁵¹ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 193: Habilitations- und Personalakte Johannes Baumann 1932-1944

⁸⁵² Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 193: Habilitations- und Personalakte Johannes Baumann 1932-1944, I.4.42

⁸⁵³ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 717

⁸⁵⁴ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 318: Habilitations- und Personalakte Hans- Joachim Lauber 1935-59

⁸⁵⁵ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 228

⁸⁵⁶ Vgl. Ebd., S. 406

⁸⁵⁷ Vgl. Ebd., S. 514

⁸⁵⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 318: Habilitations- und Personalakte Hans- Joachim Lauber 1935-59

20.1.6 Felix Mondry (1901-1958)

Felix Mondry wurde im April 1929 in Marburg als Assistent eingestellt. Auch er war Mitglied der NSV, RLB, DRK und der NSDAP. Er wurde Oberarzt der Reserve nach einer Umabkömmlichkeitsstellung im Jahre 1941, nachdem er ein Jahr zuvor zum Heeresdienst eingezogen worden war.⁸⁵⁹

Eigentlich sollte Mondry 1941 habilitieren, aber es gab Gerüchte darüber, dass er aufgrund seiner katholischen Einstellung Sterilisationsoperationen abgelehnt habe.⁸⁶⁰ Der damalige Dekan Gremels stand jedoch zu Mondry und die Habilitation wurde zunächst anerkannt. Später wurde diese jedoch von den Parteigängern der Fakultät angefochten und Gremels mit der Behauptung als Dekan abgesetzt, das er ein Parteigegner gewesen sei. Der neue Dekan Bach erklärte die erste Probevorlesung Mondrys als unzureichend, aber nach einer sehr erfolgreichen zweiten Vorlesung musste Bach schließlich nachgeben und Mondry habilitieren.⁸⁶¹

Nach Kriegsende wurde er am 28.9.1945 mit sofortiger Wirkung entlassen. Er wurde nach Überprüfung durch den Entnazifizierungsausschuss aber schließlich wieder als Arzt in Marburg zugelassen.⁸⁶² Als Wiedergutmachung für die Schwierigkeiten bei seiner Habilitation wurde Mondry 1946 vorzeitig zum außerordentlichen Professor ernannt.⁸⁶³ Am 1.1.1949 wurde er Chefarzt der Landeskuranstalt Marburg/Lahn, ein Verehrtenkrankenhaus des Landes Hessen.⁸⁶⁴

20.1.7 Curt Hempel (1890-1948)

Curt Hempel begann seine Assistenzzeit in Marburg 1924 noch bei Klapps Vorgänger Läden und wurde von Klapp übernommen. Er unterrichtete als Lehrer an der Krankenpflegeschule und habilitierte 1938. Er war förderndes Mitglied der SS, SA-Sanitätsobersturmführer, Mitglied der NSDAP, des NSDÄB, des Nationalsozialistischen Lehrerbundes (NSLB), Bezirksobmann der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), Vertrauensmann der Reichsgesellschaft der Deutschen Röntgenärzte, Kolonnenarzt des

⁸⁵⁹ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 321: Habilitations- und Personalakte Felix Mondry 1941-1958

⁸⁶⁰ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 198-199

⁸⁶¹ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 321: Habilitations- und Personalakte Felix Mondry 1941-1958, Gutachten Gremels über Mondry 12.10.46

⁸⁶² Vgl. Ebd., 28.9.45

⁸⁶³ Vgl., Gutachten Gremels über Mondry 12.10.46

⁸⁶⁴ Vgl. Ebd.

DRK, Lehrer der Deutschen Arbeiterfront (DAF) und Mitarbeiter im Amt für Volksgesundheit.⁸⁶⁵ Aufgrund seines frühen Eintrittes in die NS-Organisation wurde darauf geschlossen, dass er ein überzeugter nationalsozialistischer Dozent war.⁸⁶⁶ Ab 1942 war Curt Hempel Chefarzt in Fritzlar im Hospital zum Heiligen Geist, aber nebenbei weiter in der Marburger Chirurgischen Klinik beschäftigt.⁸⁶⁷ Er verstarb im Juli des Jahres 1948.⁸⁶⁸

20.1.8 Alexander Studemeister (1908-1999)

Alexander Studemeister arbeitete seit 1935 als Assistent an der Chirurgischen Klinik. Sieben Jahre später war er immer noch als Assistent in der Chirurgischen Klinik tätig, führte aber viele Operationen selbstständig durch und veröffentlichte auch Artikel über seine chirurgischen Erfahrungen.⁸⁶⁹ Da er Baltendeutscher war, wurde er 1940 eingebürgert, trat erst 1941 in die NSDAP ein und 1943 in den Nationalsozialistischen Deutschen Dozentenbund (NSDDB). Er habilitierte 1944 und bekam eine Empfehlung zur Dozentur. Diese trat er nicht an, da er nach Kriegsende nach Amerika emigrierte.⁸⁷⁰

⁸⁶⁵ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 221: Habilitations- und Personalakte Curt Hempel 1937-38

⁸⁶⁶ Vgl. Aumüller/ Grundmann/ Krähwinkel et al., Medizinische Fakultät, 2001, S. 288

⁸⁶⁷ Vgl. Hempel, DZC, Band 258 (1944), S. 103

⁸⁶⁸ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 221: Habilitations- und Personalakte Curt Hempel 1937-38

⁸⁶⁹ Vgl. Studemeister, DZC, Band 258 (1944), S. 49

⁸⁷⁰ Vgl. UniA Marburg Best. 307c Acc. 1969/33 Nr. 232: Habilitations- und Personalakte Alexander Studemeister 1944-47

20.2 Verzeichnis der akademischen Lehrerinnen und Lehrer

Meine akademischen Lehrerinnen und Lehrer in Marburg waren nachstehende:

Adamkiewicz, Aumüller, Barth, Basler, Bauer, Baum, Baumann, Bartsch, Becker, Bien, Cetin, Czubayko, Daut, del Rey, Dietrich, Donner-Banzhoff, Eberhart, Ellenrieder, Fendrich, Feuser, Fuchs-Winkelmann, Geks, Gemsa, Gerdes, Gress, Grundmann, Grzeschik, Hasilik, Hemmerter, Hertl, Höffken, Hoffmann, Hofmann, Holland, Hoyer, Jerrentrup, Kalinowski, Kann, Kanngießer, Kaufmann, Kill, Klose, Koolmann, Kroll, Kuhlmann, Langer, Leonhardt, Lill, Löffler, Lohoff, Maier, Maisch, Mandrek, Martin, Mennel, Mittag, Moll, Moosdorf, Mühlberger, Mueller, Müller, Mutters, Neubauer, Neumüller, Oertel, Opitz, Pagenstecher, Plant, Ramaswamy, Renz, Rhöm, Richter, Riße, Rogosch, Rolfes, Rominger, Röper, Rothmund, Ruchholtz, Schade, Schäfer, Schmidt, Schofer, Schrader, Schu, Seitz, Sesterhenn, Sommer, Steiniger, Tackenberg, Tibesku, Vassilou, Vogelmeier, Vogt, Coigt, Wagenknecht, Wagner, Weihe, Werner, Westermann, Wulf.

20.3 Danksagung

Mein Dank gilt vor allem Frau Prof. Dr. Irmtraut Sahmland für die Möglichkeit, die vorliegende Arbeit in der Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin anzufertigen. Sie ermutigte mich über die vielen Jahre immer wieder. Ich bin dankbar für die stets konstruktive Kritik und die vielen Ideen. Die hilfreiche Unterstützung erfolgte in ganz besonderem Maße.

Bei Frau Dr. Kornelia Grundmann möchte ich mich herzlich für die hervorragende Betreuung zu Beginn dieser Arbeit bedanken. Sie stellte mir die Patientenakten zur Verfügung, hatte in den ersten Jahren dieser Arbeit immer ein offenes Ohr und gab mir geduldig Hilfestellungen.

Für die Unterstützung bei der Erstellung der Maske und der ersten Schritte bei Microsoft Access danke ich Bartosch. Ebenso bedanke ich mich bei Julia für die Hilfe bei der englischen Übersetzung.

Jacek, ich danke dir für deine Liebe und Geduld und deine großartige Unterstützung in jeglicher Hinsicht! So manche „Durststrecke“ hätte ich ohne dich nicht überwinden können.

Mein besonderer Dank gebührt meinen Eltern. Jederzeit standen sie mir mit Rat und Tat zur Seite und motivierten mich immer wieder. Ihr habt mir meinen bisherigen Lebensweg und alle Freiräume zur Fertigstellung dieser Arbeit ermöglicht. Dafür und dass ihr immer für mich da seid, möchte ich mich bedanken!